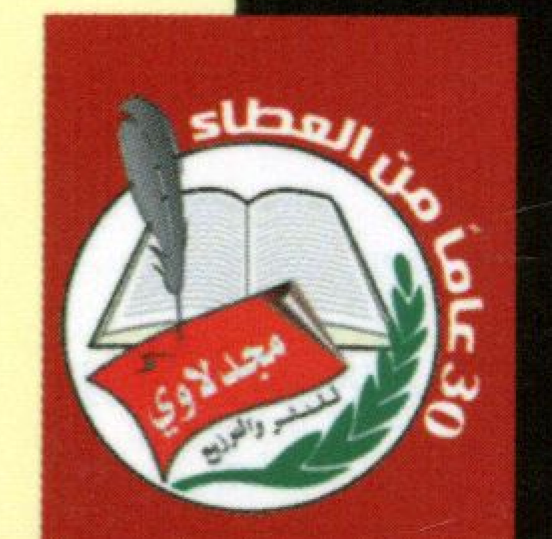
سلوكيات (٤)



القلق

د. وليد سرحان

د. عدنان التكريتي   د. محمد حباشنة



القلــق

سلوكيات (4)

القلق

الدكتور وَلِيْد سَرْحَانْ

مستشار الطب النفسي

الدكتور عدنان التكريتي

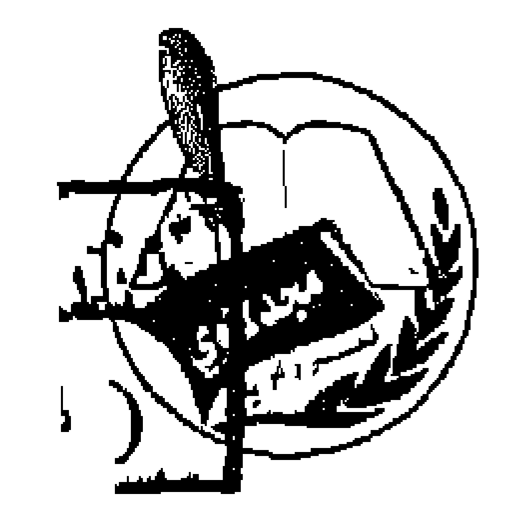
مستشار الطب النفسي

عمّان

الدكتور محمد حباشنة

اختصاصي الطب النفسي

عمّان



الطبعة الثالثة

2014-2013

المملكة الأردنية الهاشمية رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية (3258/ 9/ 2013)

152.46

سرحان، وليد

سلوكيات 4 القلق / وليد سرحان، عدنان التكريتي، محمد حباشنة.

- عمان : دار مجدلاوي للنشر، 2013.

(   ) ص

ر.إ. : 2013/9/3258

الواصفات : /القلق// الخوف// علم النفس /

* أعدت دائرة المكتبة الوطنية بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية

* يتحمل المؤلف كامل المسؤولية القانونية عن محتوى مصنفه ولا يعبّر هذا المصنف عن رأي دائرة المكتبة الوطنية أو أي جهة حكومية أخرى.

ISBN 978 -9957 - 02 - 542 - 7 (ردمك)

Dar Majdalawi Pub.& Dis.
Telefax: 5349497 - 5349499
P.O.Box: 1758 Code 11941
Amman- Jordan

دار مجدلاوي للنشر والتوزيع
تليفاكس : ٥٣٤٩٤٩٧ - ٥٣٤٩٤٩٩
ص . ب ١٧٥٨ الرمز ١١٩٤١
عمان - الأردن

www.majdalawibooks.com
E-mail: customer@majdalawibooks.com

بسم الله الرحمن الرحيم

1- تقديم

قبل البدء بكتابة مقدمة سلوكيات رقم (4) آثرت قراءة النص، لأني كنت على يقين بأنني سأستمتع وأتعلم الكثير مما يتعلق (بالقلق)، وقد بني هذا اليقين على ما قدمه المؤلف من محاضرات ومقالات وبرامج تثقيفية في العلوم النفسية، فكان دائماً سلس الكلام بسيط الأسلوب ولكن عميق المعنى، فكان مقبولاً جداً عند أغلب الزملاء والمواطنين ؛ مما دفعت الغيرة والحسد ببعض الزملاء أن يقفوا بعضاً من نشاطه الإعلامي ولكنّ عطاءهُ إستمر في المجالات الأخرى وسلسة السلوكيات بعض هذا العطاء الذي لا ينضب.

ولما كان (القلق) موضوعاً يهم فئات عديدة من أطباء ونفسانيين وإجتماعيين ومواطنين، فقد جاء كتاب (القلق) هذا ينبوعاً يرتوي منه جميع من يعنيهم الأمر والموضوع، وبوجه خاص ما جاء في الأبواب الأخيرة من الكتاب، حيث (القلق) في مراحل متعددة ومتلاحقة من حياة الإنسان، وإن مشاركة زميلين لا بد وأنها ساهمت في زيادة هذا العطاء زخماً وعمقاً ولها معنى الإبتعاد عن الأنانية وتشجيع

المشاركة ليكون العطاء أكثر كمالاً وتشويقاً، وأتطلع إلى قراءة سلوكيات أخرى في المستقبل.

فهنيئاً لمن يحظى بقراءة هذا الكتاب أو جزءاً منه.

الدكتور إسحق مرقة

مستشار جراحة الدماغ والأعصاب

المحتويات

2- مقدمة

متابعة لمحاولاتي تبسيط المشاكل النفسية للقارئ العربي والعمل على إضافة كتيب متواضع يبحث في القلق النفسي، فقد قمت بوضع هذا الكتاب، وهو الرابع في سلسة سلوكيات، وقد حاولت جعله بسيطاً ومتيسر الفهم والقراءة للمريض وذويه، وللباحث عن الثقافة النفسية، وللطبيب والمختص في علم النفس وعلم الإجتماع والتمريض، وللعاملين في مجالات الأمن والقضاء، وهو قراءة بسيطة لكل من يتعامل بلغة الضاد، وقد شاركني هذا الكتاب الدكتور عدنان التكريتي رئيس تحرير المجلة العربية للطب النفسي، وأحد رواد الطب النفسي في الأردن والمنطقة العربية وله موقعه العالمي في الطب النفسي عموماً، وفي إضطرابات القلق خصوصاً، وكما شاركني الدكتور محمد حباشنة أحد الإختصاصين الشباب الواعدين لحمل الرسالة في المستقبل، ولا بد لي من تقديم الشكر لحمل الرسالة في المستقبل، ولا بد لي من تقديم الشكر لكل مريض علمني شيئاً عن القلق، ولكل من طلب مني الكتابة وإنتقد كتاباتي، وسأعمل على إستمرار سلسة سلوكيات، ولا بد لي من شكر الأستاذ أحمد الحسنات على المراجعة اللغوية.

وليد سرحان

3-القلـق العـام (Generalized Anxiety)

القلق : (Anxiety)

هو حالة إنفعالية نفسية يتداخل فيها الخوف ومشاعر الرهبة والحذر والرعب والتحفز، موجهة نحو المستقبل أو الظروف المحيطة، ويعتبر القلق من المشاعر الطبيعية العامة التي يمر بها كل إنسان، ويمكن القول أن هناك قلق طبيعي وقلق مرضي.

القلق الطبيعي :

يعتبر القلق أحد المشاعر التي تساعد على بقاء الإنسان، وتدفعه على القيام ببعض الأعمال، وتشحن همه في المواقف الصعبة، ذلك أن القلق من الإمتحان يدفع الطالب للدراسة والجد والعمل والسهر والإجتهاد حتى يحصل على أفضل النتائج، وكذلك لأي مهمة يتصدى لها الإنسان في حياته.

والعلاقة بين القلق والقدرة على الأداء تعرف بقانون يركس دودسون (Yerkes Dodson Law) فكلما إزداد القلق تحسن الأداء وذلك حتى وصول نقطة معينة يكون فيها الأداء في قمته، وإذا زاد القلق عن تلك النقطة إنقلب أثره عكسياً وأدى إلى تدهور الأداء، وحتى أنه من الممكن أن يتوقف نهائياً، وهذا يبدو واضحاً في الطالب الذي يتطور لديه القلق للإمتحان و يجد أنه لا يستطيع

أداء الإمتحان، وإذا إشتد القلق فقد لا يستطيع الطالب حتى الوصول إلى مكان الإمتحان.

يعتمد مفهوم القلق على قدرة الفرد على التعبير عن مشاعره، ولكن هذا لا يعني أن الأطفال والمعاقين عقلياً لا يشعرون بالقلق، ولكن تعبيرهم عنه باللفظ قد لا يكون متيسراً ولكن مظاهره الفسيولوجية تكون واضحة، والشعور بالقلق في بعض المواقف يؤدي إلى الخوف والهرب، ويكون الجهاز الودي (السمبثاوي) قد تنبه وأدى إلى تغيّرات مختلفة في الجسم، ساعدت على وضع الجسم في حالة طوارئ وإستعداد لمواجهة الموقف، فتزداد نبضات القلب وسرعة التنفس وتتوسع حدقة العين ويزداد التنبه واليقظة، كما أن التمثيل الغذائي يتسارع لتزويد الجسم بالطاقة اللازمة لمواجهة الموقف أو الهرب من الموقف الذي يداهمه، كما أن هذا القلق قد يكون ضرورياً لأفضل أداء في إلقاء كلمة أو محاضرة أو مقابلة للعمل، أو إمتحان في أي موضوع كان و في أي مرحلة من مراحل عمر الإنسان، ويعتبر القلق محركاً للسلوك ودافعاً له، وليس السلوك نفسه؛ فإذا وجد الإنسان نفسه أمام خطر داهمه أو حيوان مفترس فهو يشعر بالقلق والخوف، وبالتالي يولي هارباً لينجو بحياته، وفي هذه الحالة لا يسمى هروبه قلقاً ولكن شعوره هو القلق.

القلق المرضي

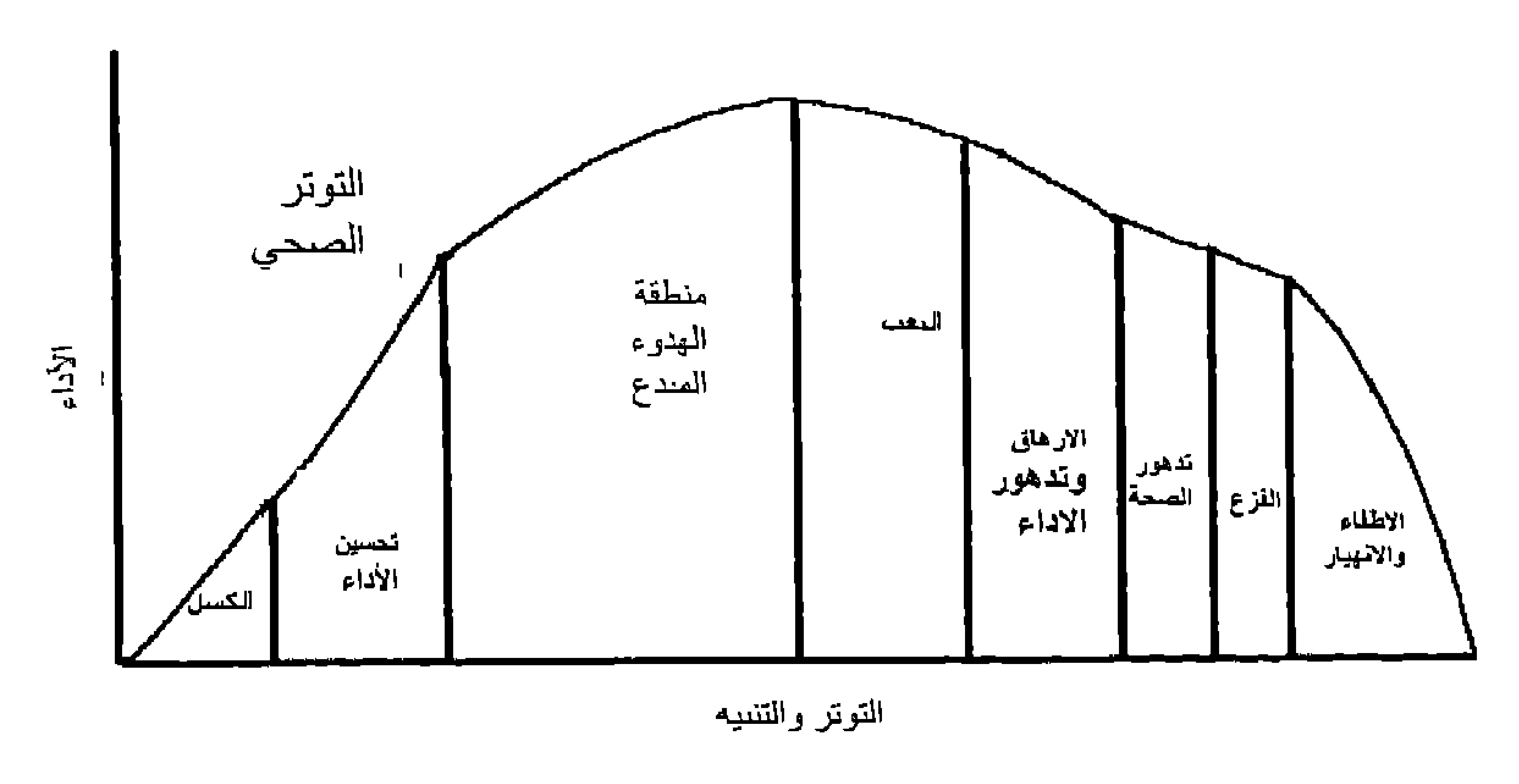
القلق المرضي يكون حالة مرضية غير طبيعية تؤثر على التوازن النفسي للإنسان، ويكون فيها مجموعة من الأعراض النفسية والجسدية والسلوكية بلا سبب، أو أن السبب يكون بسيطاً ولا يتطلب درجة القلق الظاهرة، أو أنه مع زوال السبب تبقى الأعراض ظاهرة، ويصبح الإنسان غير قادر على التعامل مع المواقف التي تسبب له القلق.

4-التوتر : (Tension)

التوتر هو: الإستجابة النفسية والسلوكية والجسدية عند الفرد لدى محاولته التأقلم والتكيف مع الضغوط الداخلية والخارجية، وهذه الضغوط قد تكون موقف ما يزعج الفرد، أو أشخاص أو أشياء معينة في البيئة المحيطة، أو أحداث مختلفة، كما يمكن أن تكون مشاكل نفسية وإجتماعية، أو زيادة في الضغوطات والضوضاء والتلوث ومشاكل الطقس والتغذية، وغيرها من الظروف البيئية والحياتية والإجتماعية، كما أن خيال الإنسان وأفكاره وتوقعه وتوجهاته قد تكون مصدراً للتوتر.

إن التوتر في الحياة أمر لا بد منه، فهناك التحدي والمغامرة والطموح والآمال، وما يمكن أن يواجهه الفرد في سبيل ذلك خلال حياته اليومية ومتطلباتها والقرارات التي لا بد من إتخاذها،

والأمـور الـتي يجـب تعلمهـا، وهنـاك مواعيـد وتوقيـت لأداء المهـام، وهـذه الأمـور قـد تكـون في العمـل أو الدراسـة وحتـى في الإجـازة و الراحـة واللعب واللـهو والهوايات، لـذلك فـإن هنـاك تـوتراً نتيجـة للتنافس والرغبة في تحقيق الهدف، وبالتالي فإن التوتر هو: القـوة التي تجعلنا متحفزين وتخرج أفضل ما عندنا من أداء، ولكن هـذا ضمن حدود لا نتخطاها، فالتوتر والتنبيه والتحفـز المرافـق لـلأداء يضعف الأداء تدريجياً كما هو واضح في الرسم البياني.



وهنـاك ثمانية مراحل لتجاوب الفرد مـع التـوتر:

1- منطقة الكسل (Drone Zone) وهـي الأقـل تـوتراً وإنتباهـاً، ففيهـا لا يوجـد تحـدي ولا إلتـزام، ويكـون الفـرد بطيئـاً كسـولاً خـاملاً كثير الملل، ومع ذلك فقد يكون على ثقة عاليـة بنفسـه مكـابراً مزيفاً.

2- منطقـة تحسـن الأداء: (performance Improving) وفيهـا يتحسن الأداء مع زيادة التوتر، وبالتالي يكون فيها التوتر ظاهرة صحية، وتمتاز هذه المرحلة بالتفاؤل والأمل وإستعمال الضغوط بذكاء لتحسين الأداء.

3- منطقـة (ج) الهـدوء المبـدع :(C- Zone Creative Calm): هـذه أفضـل الأحـوال لـلأداء، ويكـون فيهـا الفـرد مفعمـاً بالحمـاس والطاقـة، ويقـدم أحسـن مـا عنـده، وهـذه حالـة يرغبهـا الجميـع ويحب أن يبقـى فيهـا ويحافظ عليها؛ لأن الخلـل فيهـا قد ينقلـه للمرحلة الرابعة وهي التعب.

4- منطقـة التعـب : (Fatigue Zone) يبـدأ في هـذه المرحلـة الأداء بالإنحدار مع زيادة التوتر والتنبيه وتظهر موجات من الضجر، يزداد إستهلاك الكافيين على كافة أشكاله من قهوة وشاي على إعتقاد خاطئ أنها ستحسـن الأداء، ولكنها تسبب القلق والميل للعنف، كما يلجأ البعض إلى تناول الكحول والمهدئات ليخفف من توتر أعصابهم وقلقهم دون فائدة، إذ أن هـذه المرحلـة تـؤدي إلى الإرهاق والإعياء.

5- منطقـة الإرهـاق وتـدهور الأداء: (Exhaustion of actual performance) ينحـدر الأداء ويـزداد الضـجر والأرق والحقـد؛ ويصبح الإنسان غير قادر على القيام بالمهام المطلوبة منه تحت هذه الظروف.

6- منطقة تدهور الصحة، (ill Health Zone) وهو الضوء الأصفر في إشارة المرور، الذي يحذر من العواقب فتظهر هناك أعراض جسدية ونفسية متعددة، ويبدو الشخص مريضاً بسبب الصداع والأرق والآلام المختلفة في الجسم والعضلات والمفاصل والظهر وتهيج في الجهاز الهضمي وصعوبات في التنفس وضربات القلب السريعة.

7- منطقة الفزع: (Panic Zone) تخرج الأمور عن السيطرة، في هذه المرحلة، التحدي كبير ولا يوجد سيطرة عليه؛ فيشعر الفرد أنه عصبي ومشتت وتائه، وهذا هو الضوء الأحمر الذي يهدد بالمرحلة الأخيرة وهي الإنطفاء والإنهيار.

8- منطقة الإنهيار والإنطفاء: (Breakdown and Burnout) مع إستمرار الفرد في المحاولة والكفاح المرير في التغلب على الصعوبات دون فائدة وجدوى، يتوقف الأداء وقد يتوقف الفرد عن عمله أو دراسته وإنتاجه، ويكون نزقاً متهيجاً، ومستاءاً غاضباً طوال الوقت، وقد تظهر عليه علامات القلق النفسي أو الاكتئاب، وقد ويحاول الإنتحار، وتزداد حوادث السير والخلافات الزوجية ويكون الإدمان من الأمور الخطرة في هذه المرحلة، ويصبح الفرد بحاجة للمساعدة العاجلة وقد تتطور لديه أمراض نفس جسدية كالقرحة وإرتفاع ضغط الدم والربو وبعض الأمراض الجلدية.

عشرة نصائح للتعامل مع التوتر:

1- الإبتعاد عن تناول السجائر والتبغ بكافة أشكاله كالشيشة أو الأرجيلة، والقهوة والشاي والكحول والمهدئات.

2- الرياضة البدنية المنتظمة للتخلص من التوتر.

3- إتباع وسائل تخفيف التوتر المختلفة مثل: التأمل واليوغا وسماع الموسيقى وقراءة القرآن الكريم والصلاة.

4- لا بد من ساعات كافية من النوم والراحة لإعادة شحن الطاقة من جديد.

5- عند الشعور بالمرض فلا داعي للمكابرة ويجب طلب المساعدة.

6- التفاهم مع الآخرين وعدم تحويل الحياة لساحة معركة دائمة للصراعات الشخصية.

7- تعلّم أن تتقبل ما لا تستطيع تغييره،وإلا ستبقى تعيساً غاضباً ناقماً مزعجاً منزعجاً.

8- الإدارة الصحيحة للوقت، وإعطاء صلاحيات لمن حولك، وواجبات لمساعديك، وإترك مساحة من الوقت للتعامل مع الطوارئ المختلفة للحياة.

9- إعرف نفسك عندما تكون مرهقاً وإستعمل الأساليب المذكورة للراحة، وتذكر بأن النوم صعب للمرهق والقلق فلا بد أولاً من الراحة والإسترخاء حتى يتسنى لك النوم.

10- التخطيط للمستقبل : لا تتعجل في القرارات أو الإلتزمات، فقد يكون إعتذارك أو قولك لا بصراحة، كافياً ليجنبك الكثير من الضغوط والتراكمات المستقبلية.

5-التوتر وعلاقته بالقلق :

الضغوط النفسية: (stress) هي مجموعة هائلة من الصعوبات والمشاكل الداخلية والخارجية، العاطفية والنفسية، البيئية والحضارية.

التوتر: (tension) هو رد فعل الإنسان على الضغوط النفسية ويكون هذا التوتر نفسي وإنفعالي وجسدي.

القلق (Anxiety) : هو مرض قد يكون ناتجاً عن الضغوط النفسية، والتوتر، وقد لا يكون ناتج عن أي مؤثرات خارجية، وبالتالي لا بد من النظر إليه كغيره من الأمراض، وإن عدم وجود سبب للقلق لا يعني عدم تشخيصه، ومن المألوف أن تؤدي الضغوط النفسية والتوتر إلى إضطرابات جسدية أو نفس جسدية أو نفسية، ومن أهمها القلق والإكتئاب، والأمراض الجسدية مثل: أمراض القلب وتهيج الأمعاء وقرحة المعدة والصداع والأمراض الجلدية، ويجب التأكيد هنا على أن هذه التسميات لها دلالاتها ومعانيها، فلا يتم الخلط بها إذ أن ترافقها معاً قد يوحي في بعض الحالات وكأنها شيء واحد، وأهمية التفريق بينها مهم لأن بينها تدرّج، فإذا تمكنا من تخفيف الضغوط

النفسية قد تتغلب على التوتر وإذا أوقفنا التوتر، فيمكن التخفيف من فرصة الوقوع في مرض القلق وغيره من الأمراض النفس جسدية المتوقعة.

6- تاريخ القلق :

كلمة قلق بمعنى (Anxiety) قد إستعملت بشكل واضح في القرن العشرين، ولكن الكتابات القديمة تحدثت عن التوجس والتخوف والتفكير المتعب بالأمور، وربطت التوتر والخوف بالمرض وقد وصف أبقراط وتلاميذه هذه المشاعر، كما تحدث شكسبير عن القلق في كتاباته، وفرق الخوف من القلق، أما روبرت بيرتن فقد كتب في أشكال القلق المختلفة في كتاب (تشريح المنخوليا Anatomy of Melancholy) عام 1621ميلادي.

وأصل كلمة (Anxiety) هو لاتيني من كلمة (Anxietus) والتي تعني العقل المنزعج (Troubled mind)، وقد قام الطبيب النفسي المعروف سير أبوري لويس (Sir Aubrey Lewis) ببحث هذه الكلمات في اللقاءات الطبية المختلفة، وفي القاموس الإنجليزي، فإنها تعني: عدم الراحة وإنزعاج العقل من أشياء غير مؤكدة وإهتمامات معينة أو رغبة مكبوتة أو رغبة مرضية لها أعراضها، وأرسطو قال أن المرض العقلي ينتج عن إختلالات عضوية، وهذا ما أكده إبن سينا في قوله أن المرض النفسي ينتج

عن خلل في الأخلاط الكيماوية، كما أن فرويد في نهاية القرن التاسع عشر قد وصف القلق العام وكتب عنه الكثير، أما داروين فقد ذكر في كتابه عن أصل الأجناس التفريق بين القلق والإكتئاب، وفي عام 1847 ميلادي كتب أحد العلماء عن مرض القلق كسبب لأمراض عضوية كالقلب والجهاز الهضمي، كما أن موريل في عام 1866 ميلادي أشار إلى دور الجهاز العصبي السمبثاوي واللاسمبثاوي وأكد على أن هذا الخلل هو توهم عاطفي.

7-تصنيف القلق:

تعتبر التصنيفات الحديثة القلق بأنه مرضٌ رئيسيٌ عامٌ تندرج تحته العديد من الأمراض النفسية، ولا شك أن لجوء الكثير من التصنيفات الحديثة إلى المنحى في إعطاء الصفة العمومية والفضفاضة للقلق جاء موفقاً وعلمياً وصائباً ؛ فالقلق: عاطفة إنسانية عامة وشمولية، وعليه فإن إنقلاب هذه العاطفة إلى الشكل المرضي يستوجب بقاء هذه الشمولية، وقد جاءت إضطرابات القلق المختلفة تحت تسميات ورموز متعددة وبتعبيرات متغايرة، ولكنها جميعها تحتفظ بأرض وأساس واحد ألا وهو القلق.

إتفق التصنيفان العالميان الرئيسيان للأمراض، و هما تصنيف منظمة الصحة العالمية العاشر (ICD10). والتصنيف الأميركي الصادر عن الجمعية الأميركية للأطباء النفسيين(DSM IV) على هذه النظرة في تصنيف القلق، مع وجود فوارق بين هذين التصنيفيين، فالتصنيف العالمي قد إستثنى إضطراب الوسواس القهري وإضطراب شدة ما بعد الصدمة من إضطرابات القلق، أما التصنيف الأميركي فقد شمل هذه الإضطرابات جميعها وهي على النحو التالي:

أولاً: إضطرابات الهلع دون وجود رهاب الساح (Panic Disorder without Agoraphobia): ويوصف بحدوث حالات متكررة غير متوقعة من موجات الشعور بالخوف والرعب، و حتمية الموت، أو الكارثة وعدم الإرتياح، تترافق مع أعراض جسمية مختلفة، تشمل معظم أجهزة الجسم وتأخذ تعبيرات شتى مثل: صعوبة التنفس والشعور بالإختناق، وسرعة ضربات القلب والخفقان، والآلام في الصدر والتعرق والرعشة وغيرها، كما أنه خلال هذه النوبة التي تستمر بضعة دقائق، و في أقصاها نصف ساعة تسيطر على المريض فكرة إقتراب الموت أو حتمية الموت، أو الجنون أو فقدان السيطرة أو الإصابة بالغيبوبة، أو الوقوع أو توقف القلب.

ثانياً: إضطراب الفزع المترافق مع رهاب الساح (Pani Disorder with Agoraphobia): وفيه يترافق الفزع الموصوف أعلاه مع حالة تجنب الأماكن والمواقف المكتظة والواسعة، والتي يشعر فيها المريض بأنه غير قادر على الهروب، مثل: المسافات البعيدة، والأسواق ووسائل النقل العامة، وكأن كل مكان أو موقف قد حدث به نوبة فزع يصبح محرماً على المريض، أو كل مكان أو موقف يتوقع فيه المريض وقوع حالة الفزع فإنه يتجنبه، وقد يصل الأمر في البعض أن لا يخرج من البيت إطلاقاً.

ثالثاً: رهاب الساح غير المترافق مع إضطرابات الفزع (Agoraphobia without history of panic disorder): وهي نفس أعراض رهاب الساح، لكن دون وجود نوبات فزع، ومن الممكن أن تؤدي بالإنسان ليكون محدوداً في تحركاته وحياته اليومية، وقد يؤثر هذا على عمله ونشاطاته وعلاقاته الإجتماعية وفي أسوأ الأحوال لا يغادر منزله.

رابعاً: الرهاب المحدد (Specific Phobia): وهو حالة من الخوف غير متناسب مع الموقف، وهو محدد وبسيط لأنه بإتجاه معين: كالخوف من الحيوان أو البرق أو الرعد، أو الدم أو الأماكن المرتفعة أو المغلقة، ويقود هذا الخوف إلى التجنب، والتجنب يبلور الخوف ويحوله لرهاب ويجعله

مزمناً ويؤثر على حياة الفرد ويقلل من قدرته على التكيف.

خامساً: الرهاب الإجتماعي (Social Phobia): يظهر هذا النوع من الخوف عند المواجهة الإجتماعية أو الأداء والحديث مع الناس أو الجمهور، وتبلغ أقصاها عندما يشعر مريض الرهاب الإجتماعي بمراقبة الآخرين له وأنه تحت التقييم والتمحيص والنقد والفحص، وأنه ضمن حالة التفحص قد يبدو منه تصرف أو سلوك محرج يؤدي إلى النقد والإستهزاء والسخرية، وبالتالي فإن مريض الرهاب الإجتماعي يصّر على تجنب المواقف الإجتماعية والهروب منها، وإذا أجبر عليها؛ فإنه يصاب بالخوف الشديد والقلق ويرتبك وهذا يعزز من نظرته السلبية إلى نفسه وبالتالي عدم الثقة بالذات.

سادساً: إضطراب الوسواس القهري (OCD): ويتمثل بوجود الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية، وهي ليست ببساطة تضخيم الأمور والأشياء المتعلقة بشؤون الحياة؛ بل إنها أفكار طارئة غريبة لمنظومة الأفكار والمعتقدات التي يحملها المريض ويعيش من خلالها ويعمل في حياته على أساسها.

والوسواس المعني يظهر كفكرة أو دافع أو صورة دماغية، ومن شأنه بكافة أشكاله أن يستفز حالة من القلق وعدم الإرتياح عند هبوبه، أما الفعل القهري فهو سلوك متكرر أو عمل عقلي متوافق مع توجيه الفكرة الوسواسية، ولكنه يأتي أحياناً مستقلاً عن محتوى الفكرة الوسواسية، ويتبنى المريض مجموعة من الطقوس والأفعال، التي من شأنها أن تخمد الوسواس مؤقتاً وتمنعه من حصول المحظور السيء للمريض رغماً عنه، فالوسواس القهري إضطراب مزمن يسببه قلق، ونتائجه قلق، ويسبقه قلق ويتبعه قلق، وهو ما يظهر جلياً عند قليل من التأمل رغم تشكله بمظاهر سلوكية مغايرة، ومن أشهر السلوكيات القهرية: الإهتمام بالنظافة والغسيل وتكراره، والتأكيد على الأشياء و تكرار إقفال الأبواب والكهرباء وغيرها.

سابعاً: إضطراب القلق العام (Generalized Anxiety Disorder):

من الواضح أن هذا الإضطراب هو الوحيد الذي إستخدم كلمة القلق في تسميته فهو على الأساس قشرته قلق ولبه قلق، ولا يمكن أن يتخذ عنواناً أفضل من هذا، وهذا القلق يتمثل بأعراض طويلة المدى لا تقل عن ستة أشهر متواصلة الحدوث؛ من أفكار ومشاعر وسلوكيات مصبوغة بالقلق والترقب والحذر، وإستشعار مصادر خطر

غير واقعية وغير منطقية، وقد خصص هذا الكتاب لبحث هذا النوع من القلق بإسهاب.

ثامناً: إضطرابات القلق الناتجة عن حالات مرضية جسدية:

(Anxiety disorder due to general medical conditions)

وفيه تعزى أعراض القلق: لوجود تأثير فسيولوجي مباشر لأمراض جسدية عامة مثل: تعاطي مواد وأدوية مثيرة للقلق، سواء أدوية موصوفة أو مواد غير مستعملة طبياً، ومن الأمراض التي قد تظهر فيها أعراض القلق إضطرابات الغدد وخصوصاً الغدة الدرقية وأورام الغدة الفوق كلوية.

تاسعاً: إضطراب شدة ما بعد الصدمة(إضطراب عقبى الكرب الرضحي) Post - Traumatic Stress Disorder: وهو إضطراب ينتج عند التعرض لأزمة أو مشهد، أو فكرة خارجة عن نطاق الخبرات الشخصية والتجارب الحياتية المألوفة، و لا تظهر مباشرة بعد الحدث ولكن بعد شهر على الأقل من الحادثة المؤلمة، وتظهر الأعراض ضمن الإعادة الذهنية والفكرية لمحتوى التجربة القاسية، وزيادة مظاهر التوتر عند التعرض لما يثير ذكرى التجربة أو ما يشير إليها، والسلوك التجنبي لأي مثير سواءاً كان أشخاصاً أو مواقف أو كلمات لها علاقة

بالتجربة المؤلمة، وهذا يحدث بعد الحروب والكوارث وحوادث السير وسقوط الطائرات وما شابه وسوف نتوسع في آخر الكتاب في الحديث عن هذا الإضطراب.

عاشراً: إضطراب الشدة الحادة (Acute stress disorder): وهو مشابه لإضطراب شدة ما بعد الصدمة؛ إلا أنه إستجابة فورية مباشرة بعد حصول الأزمة، وهذا الإضطراب قد لا يستمر لفترة زمنية طويلة، وتظهر فيه أعراض القلق والإنشغال بالحادثة، وقد يكون منفصلاً عن إضطراب شدة ما بعد الصدمة.

الحادي عشر : إضطراب القلق غير الخاضع للتصنيف: (Anxiety disorder not otherwise specified) يتم التعامل في هذا التشخيص مع مجموع الحالات و التي تظهر فيها إضطرابات القلق المختلفة سالفة الذكر، دون إكتمال عناصر التشخيص الكافية لأي منها.

ولعل هذه الإشارة توحي بوجود تداخل بين أشكال القلق التي تم تصنيفها، وقد يكون فيها خليط من الإضطرابات السابقة.

8-إنتشار القلق:

القلق النفسي العام: من الأمراض النفسية واسعة الإنتشار وتتراوح التقديرات في مختلف أنحاء العالم والإحصاءات من 4-6٪ من مجموع السكان، وإنتشاره يزداد في النساء عن الرجال، وعلى الأغلب فإنه يبدأ في ريعان الشباب بعد سن العشرين، وأما ظهور القلق العام للمرة الأولى في العقود التالية فغالباً ما يكون مرافقاً للإكتئاب، والإصابة بالقلق العام قد تترافق مع إضطرابات القلق الأخرى كالفزع والرهاب والوسواس، كما أن العلاقة بين القلق والإكتئاب كبيرة جداً، وتشكل جزءاً مهماً من المشاكل النفسية التي يتم معالجتها في العيادات والمستشفيات والمراكز النفسية المختلفة في أنحاء العالم، كما أن القلق له إرتباط بإساءة إستعمال المؤثرات العقلية والعقاقير الخطرة ويزداد سوء إستعمال الكحول بين هذه الفئة من المرضى.

يرى مرضى القلق أنفسهم معتلي الصحة البدنية فيترددون على الأطباء في مختلف الإختصاصات والمستشفيات والعيادات الخارجية والطوارئ، وثلث مرضى القلق العام يتأثر وضعهم الإجتماعي وعشرهم يتأثر عمله، وعلى سبيل المثال فإن كلفة علاج مرضى القلق العام في الولايات المتحدة الأمريكية تقدر بحوالي 43 مليار دولار سنوياً، أكثر من نصفها تنفق على الإجراءات الطبية غير المطلوبة، ولا يصرف أكثر من الثلث على

المعالجة النفسية الصحيحة، فالإنطباع العملي يشير إلى أن القلق في مجتمعنا العربي لا يقل إنتشاراً عما هو في الدول الأخرى، خصوصاً في العقود الأخيرة وما طرأ فيها من تحولات وتغيرات إجتماعية وإقتصادية؛ أثرت على الترابط الأسري والتمسك بالدين الحنيف، وتزداد حالات القلق في المدن المكتظة وبين العاطلين عن العمل، والمطلقين والأرامل.

9- مظاهر القلق العام :

يتصف القلق العام: بأنه يميل لأن يكون مزمناً ويستمر لفترة لا تقل عن ستة شهور، ويكون هذا القلق منصباً وموجهاً على الحذر والتوقع المضطرب، ويحدث على طول الأيام، مع أن الشدة قد تتراوح، ولا يستطيع أن يحدد المريض سبب قلقه أو الموضوع الذي يزعجه، وقد يبالغ في تقدير الضغوط النفسية والمشاكل التي يواجهها، ولا يكون قادراً على إيقاف القلق والسيطرة عليه، ويرافق هذا الشعور أعراض جسدية مثل عدم الإستقرار والتوتر، والشد العضلي الذي قد يؤدي إلى الآلام في العضلات والمفاصل، والصداع والآلام في الصدر، وإضطرابات في الجهاز الهضمي، والشعور بالتعب والإرهاق والإعياء، بالإضافة إلى عدم الإستقرار، وعدم القدرة على الإسترخاء، وصعوبة التركيز والنزق وسرعة الإستثارة وإضطرابات النوم وخصوصاً في بداية

النوم، كما يكون النوم متقطعاً، كل هذا يؤثر على أداء الفرد لواجباته المهنية والإجتماعية والعائلية.

وعندما يقوم الطبيب بتشخيص مرض القلق العام فمن الواجب أن تستثنى الأمراض العضوية التي يمكن أن تسبب مظاهر القلق، كإضطراب الغدة الدرقية، كما أنه لا بد من أن يتأكد من عدم وجود أنواع القلق الأخرى، كالفزع والرهاب والوسواس القهري، إضافة إلى أهمية تقييم درجة الإكتئاب النفسي المرافقة، وتحديد فيما إذا كان القلق هو المرض الأولي، والإكتئاب هو الثانوي أو العكس، ولكن في كثير من الحالات تكون الحالة مختلطة بين القلق والإكتئاب. ومن الممكن أن يؤثر القلق على الإنسان في مختلف مراحل حياته من الطفولة إلى المراهقة والشيخوخة، مع أنه يتركز في العقد الثالث من العمر، وتميل الإناث إلى الإصابة بالقلق العام أكثر من الذكور، ومن المهم التأكيد بأن أعراض القلق العام لا تكون محددة بمخاوف معينة مثل: الخوف من المرض أو الموت، أو إنتقاد الآخرين أو الفشل، وربما تجد في أعماق المريض- المصاب بالمرض- أفكاراً وضغوطاً حول المهام القادمة، والمشاكل التي يعيشها، والأمراض التي قد تهدده أو قد تؤثر عليه ولكن هذه ليست الأعراض الأساسية للمرض.

10-أسباب القلق :

لم تخلو أي مدرسة من مدارس علم النفس والطب النفسي من التعرض لشرح أسباب القلق بشكل عام وأهم الأسباب التي سنتعرض لها بالبحث هي:

أولاً :العامل الوراثي والتنشئة وأثر الضغوط النفسية المتراكمة :

لقد دلت الدراسات على أن أبناء المصابين بالقلق يطورون هذه الإضطرابات، بشكل أكثر من بقية الناس، ويمكن أن يستدل من ذلك بشكل جزئي على الأقل أن هناك بنية نفسية موروثة قابلة للإصابة، إلاّ أن التعلم الناتج عن التنشئة والظروف الإجتماعية يلعب دوراً في ظهور المرض أو عدم ظهوره، وقد وجد أن إبتعاد الطفل عن والديه يؤدي إلى القلق، كما أن التنشئة التي تحمل بين طياتها الحذر الدائم والحرص الشديد والحماية الزائدة من قبل الوالدين، يمكن أن تؤدي إلى زيادة الإصابة بالقلق، كما أن المتطلبات الكبيرة التي يتوقعها الوالدان مثل: التحصيل الدراسي وتوجيه الإنتقادات المستمرة لسلوك الطفل سعياً للمثالية، قد تكون عوامل تساهم في ظهور القلق، كما أن عدم الشعور بالأمن خلال السنوات الأولى من عمر الطفل بسبب الإهمال أو النبذ أو هجر الطفل عن طريق الطلاق أو الموت، أو الإيذاء النفسي أو الجسدي أو الجنسي، والعنف الأسري بكافة

أشكاله يمكن أن تؤدي بالطفل بالشعور بعدم الأمن، وبالتالي تولد لديه القلق النفسي كطفل أو بعد بلوغه.

وعلى كل الأحوال فإن العائلة المضطربة لأسباب مختلفة كالأب الكحولي، وإضطرابات العلاقات الأسرية أو غياب أحد الوالدين، و إضطرابات الشخصية لدى الأبوين والعقاب المستمر الذي يمكن أن يتلقاه الطفل كلها عوامل سلبية تؤثر على نشأة الطفل وتطوره، كما أن التنشئة التي تتصف بعدم إعطاء الفرصة للطفل للتعبير عن ذاته وإستمرار كبت آرائه ومشاعره تخلق لديه في المستقبل شعوراً بالخضوع والدونية التي قد تولد القلق النفسي، ووقوع الفرد تحت مؤثرات نفسية سلبية حادة أو مزمنة تتراكم عبر السنوات يمكن أن تكون العامل المرسب أو المساعد في الوصول إلى إضطراب القلق.

إن وجود مثل هذه المؤثرات لا يعني بالضرورة حدوث مرض نفسي إلا أن حدوثها لدى الأفراد ذوو النفسية المهيئة، والتي لديها إستعداد وراثي وتضافرت الظروف في التنشئة والأحوال الإجتماعية والبيئية معها؛ تكون فرص حدوث الإضطرابات النفسية أكبر وكذلك إضطراب القلق العام.

ثانياً : العوامل البيولوجية

من المعروف أن المهدئات (المطمئنات الصغرى) مثل ديازيام (Diazepam) ولورازيام(Lorazepam) وبرومازيام(Bromozepam)،

وغيرها من مجموعة(بنزوديازبين)، كلها تخفض وتحسن من أعراض إضطراب القلق العام، وقد وجد أن هناك جهازاً من المستقبلات العصبية يدعى جابا (GABA) يتصف بأنه يعمل على تهدئة وتحبيط الجهاز العصبي (INHHBITORS)، الدراسات تقول: أن القلق النفسي العام ينجم إما عن نقص في جابا أو نقص في المواد الشبيهة بـ(Benaodiazepines) ؛ حيث أن الجهاز العصبي يصبح في حالة إستثارة ومن ثم تظهر أعراض القلق النفسي العام، وكأننا نقول بأن هناك مهدئات طبيعة موجودة في دماغ الإنسان، وأن الخلل فيها هو الذي يؤدي لظهور إضطرابات القلق، إذا كانت العوامل البيولوجية الموروثة وعوامل التنشئة والضغوط النفسية قد عملت على الوصول للتأثير على الناقلات العصبية الدماغية المرتبطة بتنظيم الإطمئنان والقلق.

كما هناك مجموعة من الإضطرابات الهرمونية وغيرها مثل: إضطراب الغدة الدرقية والغدة الكظرية، وإضطراب الدورة الشهرية والأذن الداخلية، والإضطرابات التي تكون مصاحبة لإضطراب القلق العام مثل: تناول المخدرات وإنسحاب المهدئات والكحول، والمرضى المصابين بمتلازمة كوشينغ، وإضطرابات الغدة جارة الدرقية وصرع الفص الصدغي، وإرتجاج الدماغ، ونقص الكالسيوم والمغنيسيوم والبوتاسيوم، وإضطراب في إيقاع ضربات القلب، وهبوط القلب، وإرتفاع الضغط والربو، والتدخين

والإفراط في تناول الشاي والقهوة كلها من العوامل البيولوجية التي تساعد على ظهور أعراض القلق وتزيد من شدتها.

ثالثاً : العوامل السلوكية

لا شك أن التعلم يحتل موقعاً هاماً في تطوير إضطرابات القلق النفسي بما فيها القلق العام، يمكن أن تتطور عن طريق الإشراط، ويمكننا أن نفسر عوامل التنشئة السلبية كمثيرات تعزّز القلق، إذا تعرض الشخص لفقدان الشعور بالأمن، فيمكن أن يصبح قلقاً دون أن يعرف مصدر الشعور بالقلق وما يصاحبه من أعراض نفسية وجسدية، إن الإضطراب الذي يصيب أحد الأبوين يمكن أن يصيب الأبناء بالإشراط عن طريق التعلم الإجتماعي؛ فيتعلم كيف يسلك بشكل مماثل للوالد القلق، فمثلاً يمكن أن يتجنب المواقف التي يمكن أن يواجهها، كأن يعبر عن نفسه إذا جابه موقفاً بحاجة للتعبير عن الذات، كما أن الحذر الزائد وترقب الأمور المخيفة السلبية، يمكن أن تولد مشاعر القلق المزمن الذي يصاحب المريض طوال حياته.

إن الجوانب المعرفية التي تؤدي إلى سلوكيات تجنبية تؤدي أيضاً إلى إرتفاع مستوى القلق، فالمعتقدات الخاطئة التي قد تكون لدى شخص ما أن العالم الخارجي المحيط به خطر، كما أن النظرة السلبية للذات والشعور بأن الناس من حوله أفضل منه وهو يشعر بالدونية، وأن الكلام الذي يقولوه لا يستحق الإنصات

له، وبذلك فإنه يطوّر لديه الشعور بالقلق العام، كما أن البيئة المحيطة التي تتسم بمتطلبات عالية يمكن أن تؤدي إلى القلق النفسي، حيث يشعر المريض أنه لا يستطيع تحقيق ما هو مطلوب منه.

رابعاً : العوامل النفسية التحليلية :

لقد أسهبت مدرسة التحليل النفسي ورائدها فرويد، ومدارس التحليل التي تعاقبت على مدى عقود عديدة حتى نهاية القرن العشرين في تفسير القلق النفسي، وبنت معالجات متكاملة على هذه التفسيرات، ما لبثت أن ضعفت وتلاشى بعضها مع مرور السنين، وما تبقى من هذه المدرسة هو الأسس التي بنتها في بناء العلاقة البينية بين المريض والطبيب المعالج، وتعزيز الدافع حتى يستطيع المريض التعبير عن ذاته بشكل مسهب، و يستطيع المعالج أن يقيم الوضع بشكل جيد، إن هذه العلاقة البينية تشكل عنصراً هاماً في عملية المعالجة، عناصر القلق النفسي يتناولها المعالج خلال العملية العلاجية التي ستطور تغييراً علاجياً ومعرفياً وسلوكياً ؛ مما يؤدي إلى تعزيز عملية الشفاء، وكثيراً ما يعبر المريض النفسي عن رأيه بعد إنتهاء المقابلة الأولى مع المعالج على أنه قد أحرز قدراً جيداً من التحسن، وهذا التحسن كما تفسره المدرسة التحليلية ناتج عن العلاقة التي تقوم بين المريض والمعالج

وما يمثله المعالج من صورة في عقل المريض، قد تكون صورة أبوية أو في صورة الأخ أو الشخص الذي يعطي الأمان والطمأنينة.

11-التشخيص التفريقي :

للوصول إلى تشخيص القلق العام دون خلط، لا بد من الإنتباه أن القلق النفسي هو القاسم المشترك بين مختلف الأمراض النفسية، وبالتالي لا بد من التأكد أن القلق النفسي الذي يشكو منه المريض ويلاحظه الطبيب هو التشخيص الصحيح، وليس جزءاً من أمراض نفسية أخرى ومنها:

أولاً: الأمراض الذهانية: كالفصام العقلي والذهان الزوري، والتي قد يبدو المريض في بداياتها وقبل الإفصاح عن أفكاره، بأنه غير قادر على النوم و غير قادر على الإستقرار، ولديه بعض أعراض القلق إلا أنه بالبحث والتمحيص يتضح بأن هذه المظاهر هي القشرة الخارجية لإضطرابات التفكير والإدراك المعروفة بالأمراض الذهانية.

ثانياً: الإكتئاب النفسي: إن هناك الكثير من الأعراض التي تتشابه بين القلق والإكتئاب مثل: الإرهاق والملل وعدم الإستقرار وصعوبات النوم وضعف شهية الطعام وصعوبة التركيز، ولكن في مريض الإكتئاب نجد أن تدني المزاج هو الأساس، في حين أن مريض القلق يكون بتفكيره

المـزعج وإنفعالـه المسـتمر هـو الأسـاس، ولا ضـير في أن يجتمع القلق والإكتئاب ويكون التشخيص بأن المريض يعاني من القلق والإكتئاب النفسي معاً.

ثالثـاً: الإدمـان بكافـة أشكاله: إن الأعـراض الإنسـحابية لمعظـم المؤثرات العقليـة والعقـاقير الخطـرة، تـؤدي إلى مظـاهر التـوتر وعـدم الإسـتقرار وعـدم النـوم والتـوتر وضـعف التركيـز مما قـد يشـكل إنطباعـاً بـأن المـدمن يعـاني مـن القلق النفسي.

رابعـاً: إضـطرابات الشخصـية: إن بعـض إضـطرابات الشخصـية كإضـطراب الشخصـية الوسواسـة والشخصـية السـيكوباثية قـد تبـدو علـيهم مشـاكل ومظـاهر شـبيهة بـالقلق، ولكـن إضـطراب الشخصـية لا يكـون لـه نقطـة إنطلاق، بـل إضـطراب مصـاحب للفـرد منـذ سـنوات عمـره المبكرة، وفي سمـات الشخصـية المعنيـة مـا يفنـد تشـخيص القلق.

مـن الضـروري أيضـاً في تشـخيص القلـق النفسـي أن يـتم تفريقها عن مظاهر عضوية ومنها :

أولاً: إضـطرابات الغـدد الصـماء بمـا فيهـا الغـدة الدرقيـة والصـماء وجارات الـدرقيـة والـفوق كلويـة، أو الكظريـة، والـتي يمكـن أن تـؤدي للعديـد مـن الإضـطرابات النفسـية ومنهـا القلـق

العام.

ثانياً: إضطرابات ضربات القلب وخصوصاً التسارع.

ثالثاً: الإضطرابات الدماغية: مثل الصرع الصدغي، وبعض الأمراض العصبية المزمنة.

رابعاً: التسمم بالكافيين، فبعض الأفراد ممن يبالغون في تناول القهوة والشاي، يصلون إلى درجة التسمم، ومظاهرها شبيهة بمظاهر القلق النفسي، كما أن هؤلاء قد يكونوا يبالغون في التدخين ويكون تأثير النيكوتين واضحاً في زيادة نبضات القلب والتعرق، وظهور مشاكل ومظاهر جسدية وأرق تتسبب في ضعف القدرة على التشخيص.

خامساً : الآثار الجانبية لبعض الأدوية والتي يمكن أن تؤدي إلى مظاهر شبيهة بالقلق مثل: بعض مضادات الإكتئاب وبعض الأدوية المحفزة للجهاز العصبي كالإمفيتامين، وبعض أدوية الضغط والهرمونات بشكل عام.

12- الشخصية والقلق :

الشخصية :

ذلك النمط من السلوك والتعامل والإنفعالات وطرائق التفكير، والتي تأخذ نسقاً طويل المدى وتصبغ الإنسان وتضعه في مسار نمطية معينة، يعرفه الآخرون من خلالها ويتوقعون نسبياً مناحي تصرف صاحبها في المواقف المختلفة والمستثيرات المختلفة ؛

هي إذن الهوية العامة التي يقدم بها الإنسان نفسه للعالم، وربما يقدم نفسه لنفسه بناء على هذا البناء النفسي والمعرفي الذي صاغته السنون والتجارب والخبرات والتعليم والبيولوجيا أيضاً.

هذا المصطلح: (الشخصية) يستخدم من قبل الناس كل الناس وبكثرة، فهي كلمة شهيرة ومستحبة الإستخدام، بالرغم من التقسيمات الجزافية والمطلقة من قبل العامة للناس حسب شخصياتهم، بين الضعيفة والقوية، والهادئة والغاضبة، والمحببة والمكروهة والإجتماعية والمنعزلة، إلا أن الواقع العلمي لمصطلح الشخصية يحمل الكثير من التعقيد والإختلاف.

وهي من أكثر المصطلحات النفسية التي خضعت تاريخياً لنظريات كثيرة وتعريفات متباينة إلى أن إنتهى الأمر بالإنتصار لمبدأ النسبية بالتعامل مع الشخصية، وتم الإتفاق على عدة أنواع من الشخصيات يسود في الحكم عليها مبدأ الصفات، والتي إن وجدت في شخص ما وإجتمعت بشكل كاف يجعلها مؤهلة لإطلاق مصطلح شخصية ما على شخص ما.

أما إضطراب الشخصية فيأخذ تعريفه من أي تطرف إجتماعي عن صفات الآخرين، صنع من هذه الشخصية المضطربة واحدة غير متأقلمة وتحمل معاني التعاسة على الآخرين وربما على نفسها أيضاً.

ونحن هنا بصدد قراءة العلاقة الإرتباطية بين القلق

والشخصية، ورجوعاً إلى مبدأ الصفات فقد يشكل القلق "كصفة" عنصراً مهماً في بعض الشخصيات المختلفة، وإليكم بعض الرؤى فيما يخص هذا الموضوع:

- التقسيم الثنائي للشخصية : حبذ هذا التقسيم وجود نوعين من الشخصيات وهي الشخصية (أ) والشخصية (ب)، و (أ) هذه تصف شخصاً يحمل صفات التنافسية والإستعجال، والسرعة في الإنجاز، وعدم القدرة على الإنتظار وفقدان طول البال، والإصرار على العمل وإتمامه وتقدير الوقت، ومتطلبات هذه الصفات صعبة التحقيق بالتمام والكمال خصوصاً ضمن ندرة متطلباتها شخوصاً ونظاماً ومؤسسات في المجتمع، يبرز القلق كصفة أساسية تلازم أصحاب هذه الشخصية، والمعرفة الإكلينيكية تُري إرتفاعاً في مستوى الأمراض الجسمية من أصل نفسي لدى هذه المجموعة؛ لسيادة وسطوة القلق في سني عمر هذا الشخص وما يرافق هذه الصفة من إرهاصات كيماوية وبيولوجية وهرمونية.
- الشخصية القلقة : تحبذ بعض الأدبيات النفسية وصف شخصية محددة أساسها الأول القلق، وهي شخصية مترقبة حذرة، تستشعر وجود مصادر للقلق في محيطها، غير قادرة على الإسترخاء بسهولة، قابلة للإستثارة بالحد

الأدنى من المستثير، وإستجاباتها السلوكية حادة وتكتنفها المبالغة، وهذه الشخصية لا تنطبق عليها الصفات والشروط التشخيصية لإضطرابات القلق تماماً.

- الشخصية الوسواسية :صاحب الشخصية الوسواسية دقيق جداً، وحريص على مواعيده، وملتزم بالقوانين والأنظمة، ومثالي في التعامل مع الآخرين، ويتجنب أي خطأ أو إهمال، يحتفظ بعلاقات إجتماعية، ولكن محدودة ومحسوبة ومعروفة الحدود، يستهلك الوقت بإنجاز ما يجب إنجازه، لكن دون إستعجال خوفاً من السهو والزلل، شخصية حريصة على النظافة والنظام والترتيب ومدخلاتها المالية وإنفاقها محددان بدقة، وهي على السطح تبدو شخصية رتيبة منجزة، ولكنها تحمل بذور قلق محتمل عند أية هزة، والهزات كثيرة والتي تحدث إضطراباً في جدول حركتها المنظمة.
- الشخصية المعتمدة : والمعتمد شخص إعتاد على الإرتباط بآخر إرتباطاً جعل منه محور حياته وأساس سعادته وجل إهتمامه، ومشكلة التعلق الكبير أنه يحتمل زوال أو غياب المتعلق به وقتاً من الأوقات، فالآخرون مهما كان قربهم متاحاً؛ فإن زوال قربهم متاح أيضاً، فكيف سيكون حال صاحبنا هذا وهو المتعلق بالآخر والمعتمد عليه ؟ أو توقع

غيابه وما يترتب عليه من غياب متطلباته العاطفية والإجتماعيـة، وربما المالية والتي لم يعتد صاحب الشخصية المعتمدة على القيام بها والإضطلاع بأحوالها مستقلاً.

- الشخصية المتجنبة :هذه الشخصية هاجسها الأكبر حصول الرفض من الأخرين، بالرغم من الرغبة الكامنة فيها بإقامة علاقات إجتماعية مع المحيطين، ولهذا فإن إستوفى صاحب هذه الشخصية ضمانات عدم الرفض وأندمج في علاقة إجتماعية، فإن شعوره بالنقص يوحي إليه دائماً بإمكانية الرفض أو الإنتقاد من الآخر، ولهذا وضمن الجو الحذر الذي يشوب علاقاته تكمن بذور قلق متحفز يعكر عليه صفو حياته وإتصالاته العلائقية، وتتقاطع الشخصية المتجنبة مع أحد إضطرابات القلق الأصيلة ألا وهو القلق الإجتماعي ويترافقان في كثير من الحالات.

وربما يسود القلق كعارض في العديد من الشخصيات الأخرى، ولكن الشخصيات السابقة هي التي يتملكها القلق بشكل أكثر وضوحاً وينسجم مع جلّ الصفات العامة.

ولا يغيب عن البال وجود طيف من الشخصيات المضطربة تحدث نوعاً من القلق وعدم الإرتياح للمتعاملين معها، فهي

شخصيات مستفزة أو عدائية أو مستعرضة أو مستغلة، وكلها صفات تستحق قلق الآخرين، نذكر منها مثلاً الشخصية النرجسية والشخصية الهستيرية والشخصية المضادة للمجتمع.

قد يحتاج القلق كإضطراب أحياناً إلى مستفز معين للإستثارة وهو إلى ذلك له تحديد وقتي معين، يفصل بين ما كان عليه الشخص من طبيعة وحياة إعتيادية إلى ما آل إليه الأمر الآن من المعاناة والضنك، أضف إلى ذلك إدراكه وبصيرته لهذا التغيير والبحث عن مسبباته وعن أسلوب علاجه. على الجانب الآخر فإن الشخصيات المذكورة بحالة إضطرابها أو صفاتها هي ما يصبغ حياة الإنسان طوال حياته دون إستفزاز أو غيره، ولهذا فالحد الفاصل مفقود بين السابق واللاحق إذ أن كلاهما واحد في أغلب الأحيان، وكثيراً ما يكتفي أصحاب الشخصيات المختلفة ويقبلون بما هم عليه، وربما تحثهم تعليقات الآخرين أو التعطيل الإجتماعي والوظيفي أو بروز مرض نفسي مرافق للبحث عن العلاج وأدواته.

القلق وعلاقته بالشخصية متداخل وعضوي ؛ فالقلق كعارض يمازج العديد من الشخصيات، وشخصيات عديدة قد تكون مقدمة ومؤهلة لإحداث إضطراب قلق، ومعرفة هذه العلاقة تحمل تطبيقات عملية وعلاجية.

13- العــلاج

العــلاج الــدوائي: لقـد تباينـت الطـرق والأسـاليب في عـلاج إضـطرابات القلـق منـذ أقـدم العصـور، ورغـم التقـدم العلمـي الكبير الذي طرأ على معالجة الأمـراض النفسية بما فيها القلـق؛ إلا أن هناك حاجة للمزيد من التقدم في هذا المجال، وقد تطرقت كافة المدارس في علـم الـنفس والطـب النفسـي للقلـق، وعلاجـه، كمـا أن العقود الأخيرة شهدت تطوراً ملموساً في تحضير العقـاقير المضادة للقلـق والـتي أثبتـت فعاليتهـا العلاجيـة بشـكل ملمـوس في إزالـة القلق، أو على الأقل التخفيف منه تدريجياً وشفائه، وإن أهـم هـذه العقــاقير مجموعـــة البنزوديازيـــابين (Benzodiazpines) والـــتي ظهـرت منـذ أربعـة عقـود ومـا زالـت تسـتعمل بشـكل جيـد حتـى الآن ويطلق على هذه المجموعة مجموعة المطمئنات الصغرى.

إن الوضـع الـراهن لهـذه المجموعـة مـن العقـاقير يجمـع في طياتـه مجموعـة مـن التحفظـات، فبالإضـافة إلى كونهـا تسـبب الإدمـان إذا لم تسـتعمل بشـكل منضـبط حسـب نصـائح الطبيـب النفسـي، وإن الإسـتمرار عليهـا فـترات طويلـة يفقـدها الكـثير مـن فعاليتهـا، ولـذلك فإن إستعمالها سيكون مقتصـراً علـى الحـالات الحـادة أو الحـالات الـتي تتطلـب تهدئـة مؤقتـة، والخـبرات اليوميـة تـدل علـى أن الكـثير مـن مرضـى القلـق يقعـون في مشـكلة الإدمـان على هذه العقاقير ويزيـدون جرعتها ويصلون إلى الإدمـان الكامـل،

ويكون تركها بشكل مفاجئ صعباً، ويؤدي إلى أعراض إنسحابية وشعور شديد بالحاجة إلى تناولها،وبكميات متزايدة،وهذه العقاقير هي الوحيدة المستعملة في حقل الطب النفسي التي تؤدي إلى حالة من الإعتماد النفسي والجسدي، ورغم كل محاذيرها إلا أن هناك ملايين البشر الذين إستفادوا ويستفيدوا منها بالإستعمال الصحيح، طالما أن وصفها وإستعمالها كان حسب الأصول الطبية المتعارف عليها، وهناك صنف آخر من المهدئات هي المهدئات الكبرى أو مضادات الذهان، والتي يمكن إستعمال جرعات صغيرة منها كمضادات للقلق مثل عقارات السلبرايد (Sulpride)، رسبيردال (Risperdal)، فلينكسول (Flunaxol)، كلوبكيسول (Clopixo)، هالدول (Haldol)، أمسلبرايد (Amisulpride)، (سيركويل) Serquel.

إن التطور الهام في المعالجة الدوائية: هو إستعمال مضادات الإكتئاب الحديثة بعد أن إستعملت مضادات الإكتئاب ثلاثية الحلقات خلال عقود طويلة، وكان لها فعالية في معالجة القلق؛ إلا أن أعراضها الجانبية كانت كثيرة، أما المجموعة الأحدث فهي مجموعة مثبطات إعادة إمتصاص السيرتونين النوعية SSRI وتشمل عدة أدوية فعالة في القلق وأعراضها الجانبية قليلة :-

Fluvoxamine (Faverin)
Fluxetine (Prozac , Oxetine , Anxetine , Rozax)
Citalopram (lecital, cipram)
Setraline (Zolfot , Setral)

Paroxetine (Seroxat)

وهناك مثبطات إعادة إمتصاص السيرتونين والأدرنالين (S.N.R.I) مثل

Venlafaxine (Effexor)

ومن الأدوية الأخرى Mirtaazapine(Remeron) ,Nefazodone (Serzone) و Trazodone Bupropion Cis-Citalopram, وغيرها من الأدوية التي تتسارع في ظهورها بالأسواق في كل سنة، مما سهل في علاج القلق النفسي، كما أن العلاج الذي يستعمل فقط في علاج حالات القلق النفسي العام، ولا يسبب إعتماد علاج (Buspiron) وهو علاج مفعوله بطيء ويأخذ أسبوعين أو ثلاثة حتى يبدأ فعاليته، ومن المهم أن نلاحظ أن علاج إضطراب القلق العام يحتاج إلى فترة معالجة تتراوح بين ستة شهور إلى سنة بعد التحسن وفي الحالات المزمنة والشديدة، قد يستمر العلاج لفترات أطول حسب ما يراه الطبيب المعالج، كما قد يلجأ الطبيب المعالج في الحالات المستعصية إلى مزيج من هذه العلاجات حتى يتوصل إلى أفضل النتائج.

المعالجات الإجتماعية النفسية :(Psychosocial)

إن التعرف على المؤثرات النفسية السلبية (الضغوط النفسية التي يعاني منها المريض) سواءاً كان في جو الأسرة كالعلاقة بين الزوجين، أو علاقة الآباء بالأبناء أو العلاقة البينية بين الأبناء، أو كان في جو العمل: كالضغوط التي تنجم عن

الإجهاد الجسدي، أو الضغوط المالية، أو العلاقة بين الرؤساء والمرؤوسين في العمل، كما أن التعرف على السيرة الذاتية للمريض، وإستكشاف طفولته ومراهقته وبلوغه والأحداث النفسية التي مر بها، وإستكشاف الأسرة وطبيعة شخصيات الأبوين، وصفات شخصية الفرد تلعب دوراً في حدوث القلق النفسي عند الناس، كما أن الضغوط النفسية الحادة كوقوع المصائب وتعرض الشخص لها، كثيراً ما ترسب القلق لديه: كأحداث العنف والموت وغيرها.

إن التعرف على هذه المعطيات تساعد المريض على التكيف النفسي والإجتماعي، حتى يستطيع أن يتدبر نفسه بشكل أكبر، وتقل أعراض القلق لديه مما يسمح بعلاقات بينية سوية في كل المجالات المذكورة، ومساعدة المريض على التعامل المتوازن مع الأشخاص الذين يشكلون خارطته الإجتماعية، ومن الجدير بالذكر أن المريض القلق ربما يكون لديه طموحات أكبر من قدراته؛ مما ينجم عنه إزدياد في درجة القلق لديه والشعور بالإحباط.

المعالجات النفسية :

لقد تناولت مدارس علم النفس والفلسفة وعلم الإجتماع موضوع القلق ومعالجته منذ فجر التاريخ، ومن الضرورة أن مختلف الشرائع والأديان السماوية قد تطرقت للقلق، هذا وقد

طورت كل مدرسة وشريعة على حده شكلاً من أشكال الممارسة العلاجية، فالكونفو واليوغا والتأمل الصوفي، بالإضافة للشكل المتكامل بطرق مكافحة القلق في الدين الإسلامي مثل الصلاة وقراءة القرآن والصيام؛ كلها تدعو للطمأنينة والتخلص من التوتر النفسي، وأيضاً فإن التحليل النفسي والمدرسة الوجودية والإنسانية والمعرفية كلها وضعت طرقاً للمعالجة، وبما أن أسباب القلق النفسي كلها متنوعة بهذا القدر فإن الوسائل الناجعة ستكون كذلك، إذ أنه يجب أن نخاطب كل الأسباب التي تؤدي إلى حدوث هذا الإضطراب، إذ أنه لا يمكن أن نصف دواءً دون النظر إلى العوامل الأخرى المحركة التي تؤدي إلى إستدامة القلق، أو بدون التعامل مع الإضطراب بوسائل العلاج النفسي المتاحة لإستدامة التحسن، و حتى نمنع الإنتكاسات المستقبلية، ولا شك أن إستكشاف حالة المريض بشكل فريد، والتعامل مع كل العوامل التي تتعلق بالتنشئة والضغوط النفسية الحادة منها والمزمنة، وطرق التعامل البينية بين المريض والأفراد الذين يتعامل معهم، بالإضافة إلى تحديد البنية النفسية للمريض وكيفية تعديلها قدر الإمكان، بحيث يصبح الفرد محصناً من العوامل النفسية التي تحيط به ويصبح قادراً على التعامل معها بكفاءة أكثر.

يمكننا تدبير القلق من خلال مخاطبة العوامل المصاحبة له في سبعة مستويات لهذه العوامل :

1- المستوى البدني : إن أعراض القلق والتي تتمثل بالأعراض الجسدية مثل التنفس السطحي، والتوتر العضلي، والأعراض الجسدية الأخرى، يمكن التعامل معها بواسطة تمارين التنفس والتي تشمل تمارين الإسترخاء، وإن المعالجة بالإسترخاء تعطي القدرة للمريض للتخلص من التوتر العضلي وجميع الأعراض الجسدية الأخرى المصاحبة للقلق، كما تجعله بالتالي يتخلص من الأعراض النفسية للقلق.

2- المستوى الإنفعالي : إن التعرف على المشاعر المكبوتة التي غالباً ما ترافق القلق، والتي قد تسبب عدم القدرة المزمنة على التعبير عن المشاعر وعدم معرفة لماذا تأتي مشاعر الغضب مثلاً، و لا بد من تعلم القدرة على التعبير عن المشاعر، والقدرة على التحدث عنها للآخرين؛ لأنها الوسائل المفيدة في التخلص من القلق.

3- المستوى السلوكي: إن التعرف على ما يعانيه مريض القلق من مشاعر وسلوكيات؛ تجعل لديه القدرة على مواجهة المواقف المثيرة للقلق، وهذا ضروري حتى يتم تعديل هذه السلوكيات بمختلف أساليب العلاج السلوكي.

4- المستوى النفسي :إن المصاب بالقلق يتميز بتوقع الأسوأ، ومتشائم ولديه وهم من حصول الأشياء بشكل سيئ، ويكثر

من إنتقاد نفسه، إن وراء هذه المشاعر والأفكار معتقدات خاطئة عن الذات والآخرين، كأن ينظر لنفسه نظرة دونية بالنسبة للآخرين، أو تكون رؤيته للعالم الخارجي فيها تخوف وخطورة، والمعالجة هنا عبارة عن أسلوب تغيير هذه المفاهيم والمعتقدات وهذا ما يعرف بالعلاج المعرفي.

5- مستوى العلاقات الإجتماعية : إن المصاب بالقلق يطور إضطرابات في العلاقات الشخصية مع الأسرة والمجتمع، وهو بحاجة للمساعدة والدعم ليتمكن من تصحيح هذه العلاقات والتعبير عن مشاعره بصورة مناسبة لإستمرار العلاقات، وهذا سوف يساعد على التخفيف من درجة القلق.

6- مستوى إحترام الذات : إن الأفراد الذين تربوا في بيئة رسخت لديهم مشاعر عميقة بتقليل قيمة الذات، ناجمة عن الحرمان وسوء المعاملة والإهمال، وهذه الجوانب لا بد من أن يتم التطرق إليها ومعرفة وسائل التغلب عليها في العلاج.

7- المستوى الروحي : إن الإلتزام الروحي هو الملاذ لمواجهة القلق، إذ أن المريض يمكن أن يبقى قلقاً رغم كل التدابير السابقة، وكثيراً ما يكون الإلتزام الروحي هو الحل.

والخلاصة فإن إستكشاف شخصية المريض وتحليل وضعه النفسي والإجتماعي، آخذاً بعين الإعتبار تنشئته والخبرات التي مر بها والضغوط النفسية الحادة منها والمزمنة، كفيلة بأن

تعطي الطبيب القدرة على وضع الخطة اللازمة للعلاج بالوسائل المتاحة الدوائية منها والأبعاد النفسية والإجتماعية الأخرى.

14-القلق في المستشفيات العامة:

إن تشخيص وعلاج القلق في المستشفيات العامة يحمل تحدياً إكلنيكياً كبيراً للفريق الطبي المعالج، ويكمن هذا التحدي في التفريق بين القلق المرضي التكيفي وبين القلق المرضي غير التكيفي، بين القلق صاحب المسببات الطبية و الآخر صاحب المسببات النفسية، وأخيراً الإختيار الصائب للطرق العلاجية الناجحة للقلق، بالرغم أن القلق يمثل إستجابة نفسية مقبولة لأولئك الداخلين للمستشفى إلا أن بعضهم يطور معاناة قلقية شديدة تستحق الإهتمام، بل وتستحق العلاج.

إن المريض داخل المستشفى يتعرض لمصادر الخطر الداخلية والخارجية والتي تحيط به والتي تتمثل بعدة مناحي، مثل: الإنزعاج الجسدي من الإجراءات الطبية و الفحوصات المختلفة، والإضطرار إلى إقامة علاقات حميمة خلال وقت قصير مع أشخاص غريبين هم الفريق الطبي، إضافة إلى الأجواء المشحونة بالمرض والألم وربما الموت، وفوق ذلك كله يرغم الشخص كونه في مستشفى على الإبتعاد والإنفصال لفترة زمنية عمن يحب من أهله وذويه، بعض المرضى يساورهم الشك حول طبيعة المرض والأثر الطويل لهذه العلة على كفائته الوظيفية والإجتماعية

والعائلية، وهكذا فإن القلق في هذا المقام يمثل تداخلاً لعوامل نفسية وبيولوجية وإجتماعية، مما يجعل مهمة العلاج و التقييم متداخلة أيضاً.

من الممكن أن يأتي القلق كعارض ضمن أمراض جسدية ونفسية أخرى، كما أنه يمكن أن يأتي منفرداً كإضطراب وحيد، لهذه الغاية لا بد أن نقترح عدة أساليب لظهور القلق لقاطني وزائري المستشفيات العامة للعلاج وهي كما يلي :

أ-القلق الناتج عن فشل التاقلم والتكيف :

لكل منا مجموعة من الدفاعات النفسية والتي تستخدم بأشكال مختلفة في المواقف المختلفة، والمريض داخل المستشفيات العامة يواجه خطر المرض وسيل الأحاسيس المترافقة مع هذا المرض، ومن الدفاعات النفسية المهمة لدى المرضى هي التبرير والتطمين الزائد، مثل: الحديث الذاتي بأن أي شخص يمكن أن يمرض وبأنني بأيدي أمينة وبمكان آمن، وقد يستخدم بعضهم دفاعات الإنكار أو التقزيم بقوله أن عرض ألم الصدر ما هو إلا حرقة معدة، وبعضهم قد تأتي دفاعاته وتتقوى من القناعات الدينية، ومن دعم الأقارب والأصدقاء، ومن مخزونه المعرفي ومن خبراته.

هذه الدفاعات التي ذكرناها تسعى بكل أشكالها إلى تقليل الشعور بالخطر وإخماد القلق الناتج من المرض، ولكن دون شك

ترينا المشاهدات السريرية فشلاً لهذه الدفاعات النفسية لبعض الأشخاص، ربما لطبيعة الشخصية التي يتصفون بها الميالة للقلق أوغير الناضجة والتي لم تستوفِ بعض معطيات الدفاعات النفسية الفاعلة، وربما أيضاً يكون لمباغتة حدوث المرض وعدم توقعه دور، كما أن عدم توفر المنظومة الإجتماعية الداعمة والشعور بالوحدة والتجنب من الآخرين لها أهميتها، إضافة لما يلعبه المعنى اللاوعي للمرض في عقلية المتعرض له ومفاهيمه المغلوطة حوله، يبدأ المريض حينئذٍ بالشعور بالخوف والإرتعاش، ويطور صعوبة في نظام النوم ويسعى دائماً إلى جلب الإنتباه وطلب التطمينات المستمرة، هذا إضافة إلى تضخيم الشعور بالألم والأعراض الجسدية المختلفة، وتراه مضطرباً صعب المزاج مستعداً لإبداء إستجابة عصبية وعاطفية عند أدنى إستثارة، ويبدو صغار العمر من المراهقين أكثر عرضة للعلب هذا الدور في القلق.

ب- القلق الناتج عن الإجراءات الطبية الشاقة :

تزايد في السنوات الأخيرة الإهتمام الذي يعطى للأمراض الصحية الجسدية، وتكاثرت الإجراءات الطبية المستخدمة للفحص والعلاج، ولا بد لهذه الإجراءات من تفاعلات نفسية مختلفة أساسها القلق، بل إن كثير من المرضى يطورون أعراض شدة ما بعد الأزمة بشكل كامل، وهذا قد تم توثيقه للمرضى الذين يتعرضوا لإحتشاء عضلة القلب وعمليات القلب المفتوحة،

وكـذلك بالنسـبة لمرضـى سـرطان الثـدي، وتقـدر نسـبة الـذين يعانون من إضطرابات نفسية عند المصابين بالأمراض السرطانية، بمـا يزيـد علـى النصـف حيـث يشـكل القلـق نسـبة كـبيرة مـنهم، والملاحظ في السنوات الأخيرة هو زيادة حدوث إضطراب شدة ما بعد الصدمة (إضطراب عقبى الكرب) بالفترة التي تلي العمليات الجراحية التي لم يعطى المريض فيها تخدير كافي، ومن الموثق أن تبقـى الـذاكرة حاضـرة ممـا قـد يحصـل خـلال هـذه الفـترة لهـؤلاء المرضى، وقد خرجت توصيات عديدة لطواقم العمليات بالإهتمام بـالتطمين وزيـادة التعـاطف مـع هـؤلاء المرضـى داخـل العمليـة، والإنتبـاه جيـداً لمحتـوى كلامهـم، الـذي قـد يكـون قاسـياً أحيانـاً ويحمـل معلومـات عـن حالـةٍ مزعجـة لمريض تحت الجراحـة قـد تم تخـديره موضـعياً أو مـن خـلال النخـاع الشـوكي، وهـو قـادر علـى الإسـتماع، وتـدل الدراسـات أن أكثـر مـن ثلـث مرضـى العمليـات الجراحيـة يسـتذكرون نصـف الحـوارات والإجـراءات الـتي تمـت خـلال الجراحـة، وترتفـع بيـنهم نسـبة الإصـابة بـالقلق مـا بعـد الجراحـة وتظهـر مجموعـة الأعـراض المميـزة لإضـطراب مـا بعـد الشدة مما يستدعي في أغلب الأحيان المعالجة المتخصصة.

ج- القلق المتداخل مع التقييم والعلاج ومسيرة المرض :

وهـو قلـق مـن الإجـراءات الطبيـة المزعجـة والمقـررة مـن قبـل الطبيـب والفريـق الطبي، وهـو يحمـل خطـورة تـأخير التشـخيص

وتبعية ذلك تأخير تلقي العلاج، وما له من عواقب خطرة على مسيرة ونتائج المرض الجسدي الذي يعانيه المريض، فبعضهم يرفض بعض الفحوصات وطرق معينة للعلاج بسبب الخوف من الألم وعدم الإرتياح، وآخرون يعبرون بطريقة قلق درامية بدعوى فهمهم للفحوصات والإعراض كمقدمة لإكتشاف مرض خطير، وعلى النقيض فإن جزءاً آخر من المرضى تتضخم لديه حالة من الإنكار التام للمرض، وبالتالي فلا معنى لإجراء الفحوصات وأخذ العلاج، وعليه فهو إنكار للمرض وتفاقم المرض وصعوبة علاجه.

من الضروري إذن إكتشاف المرض وقراءة معانيه في ذهن المريض وفكرته المسبقة عن ماهية الفحوصات، وماهية الإجراء وما يمكن عمله بعد ذلك. قد يكون التثقيف الصحي- المساهم في تعديل الصورة المغلوطة عن المرض، وتحويلها ضمن إطارها الموضوعي- مفيداً جداً في مثل هذه الحالة، إضافة إلى الدعم والتعاطف وبعض الإجراءات المعرفية والسلوكية، وفي بعض الحالات فلا غنى عن إستخدام مثبطات القلق ومضادات القلق التي يحددها الطبيب، ويدافع البعض أن الترقب والقلق في الحالات المرضية الجدية هو نوع من الخوف الطبيعي أي أن هناك مثير موضوعي للمرض، كمقدمة لسوء الأوضاع الصحية وربما كمقدمة للموت، وهناك إستجابة موضوعية هي القلق والخوف.

هل من المتوقع أن تنفرج أسارير فلان عندما يهاجمه أسد ؟

وهل من المفروض الجلوس على الأريكة والإستلقاء والحريق مشتعل في الغرفة المجاورة ؟ الإجابة قطعاً هي لا، و هل سيتمكن صاحب الأسد أو ذلك المهدد بالحريق، أن يمارس الدفاع عن نفسه أو الهرب أو الإنقاذ، إذا طغت عليه موجة غضب عارمة جاءت على أعضائه وعواطفه وأفكاره و أبقته عاجزاً عن العمل والقرار، كما هو الحال في المتعرضين لإحتشاء في عضلة القلب، وذلك أن 40٪ منهم لا يعودون للعمل بسبب الإضطرابات النفسية المترسبة من المرض والقلق والإكتئاب وغيرها ؛ فيكمن خوفهم التجنبي هذا من الفهم الخاطئ للنشاط اليومي وأثره السلبي على عضلة القلب وعلى توقع المرض، والحقيقة الموضوعية هي عكس هذه العبارة، وهذا مؤشر على أهمية التأهيل النفسي الإجتماعي لمرضى القلب بعد الأزمات القلبية والإحتشاء الحاد.

ولا يغيب عن البال العديد من الأمراض النفس جسدية، وهي تلك الأمراض ذات الأعراض والعلامات العضوية المعروفة، والتي تساهم العوامل النفسية في تفسير إنتكاساتها وفي شدة أعراضها وفي إستجابتها أيضاً للتداخلات العلاجية وفي توقع مسيرة المرض، وهذا هو شأن بعض أمراض الجهاز الهضمي، و إرتفاع ضغط الدم الشرياني، وإضطراب الغدة الدرقية و مرض الربو، ويدخل المريض في حلقة مفرغة حيث يستشعر مريض الربو بالقلق، ويساهم هذا في ترسيب إنتكاسة شديدة وتأتي هذه

الإنتكاسة لتستثير القلق من جديد، ويعود القلق لزيادة شدة الأزمة وهكذا دواليك،ناهيك عما جاءت به البحوث الحديثة عن تأثير الضغوط النفسية والقلق في تقليل الدفاعات البيولوجية والإضطراب في جهاز المناعة ذاته، والذي من شأنه أن يسهل مهمة المرض المهاجم في فعل ضرره على الجسم وهذا يكون واضحاً في الأمراض السرطانية الخبيثة.

د- أمراض عضوية بأعراض مماثلة للقلق

تكون المظاهر الرئيسية والسائدة للأمراض العضوية هي مظاهر نفسية، ووجدت الدراسات أن 30٪ من المرضى المحولين للعيادات النفسية لمعالجة أعراض القلق قد ثبت لديهم وجود أمراض طبية جسدية مسؤولة عن تطور هذه الأعراض، أي أن أعراض القلق نتجت عن مرض عضوي، وليست أصيلة كما هو الحال في إضطرابات القلق المعروفة، وتعزى هذه الحالات إلى الأمراض العصبية و الأمراض الهرمونية، كما تعزى إلى أمراض الجهاز الدوري والروماتزمي والإلتهابات المزمنة وأمراض أخرى، ويعتبر إستخدام الكحول والعقاقير الخطرة من أهم أسباب حدوث القلق الثانوي المشار إليه وأكثرها شيوعاً، وهي: إما نتيجة للإستخدام أوالسمية، أو كجزء من متلازمة الأعراض الإنسحابية المرافقة، وهذا سردٌ موجزٌ للعناوين الرئيسية للأمراض المماثلة لأعراض القلق :

- الأمراض الهرمونية : مثل فرط إفراز الغدة الدرقية، زيادة إفراز الغدة فوق الكلوية.
- سوء إستخدام العقاقير : مثل متلازمة إنسحاب الكحول أو تسمم الكافيين.
- أمراض القلب والجهاز الدوري : فقر الدم، إحتشاء عضلة القلب.
- أمراض الجهاز التنفسي : الربو وإلتهاب الرئة.
- أمراض الجهاز المناعي : الروماتيزم أو الحمى الذئبية.
- الإضطرابات الأيضية: مثل زيادة الحموضة الدموية ومرض ويلسون.
- أمراض الجهاز العصبي : الأمراض الدماغية، التشنجات، الألم.
- أمراض الجهاز الهضمي :إلتهابات الجهاز الهضمي المزمنه والقرحة المعدية.
- أمراض إلتهابية :نقص المناعة المكتسبة، السل، إلتهاب الكبد الفيروسي.
- أمراض أخرى : إضطرابات التغذية والأورام الجسمية.

هذه الأمراض هي أمثلة، ولكن القائمة طويلة، وهذا يشير إلى الصعوبة العملية القائمة وراء إستثناء هذه الأمراض، ولكنها بنفس الوقت تؤكد على أهمية النظرة الشمولية للمريض،

بحيث لا يهمل إضطراباً على حساب آخر، ولا تحيد أصول الطب العام لحساب الإنحياز للنظرة النفسية (نظرة التخصص)؛ وعليه فإن إتباع القواعد التالية يساعد في عملية الفرز العملي للحالات وتوجيه الإنتباه إلى حيث يجب أن يوجه:

1- إن المرضى أصحاب الإضطرابات المشخصة المعروفة سلفاً من المفروض أن يتوجه الشك أثر مرضهم ومضاعفاته وأثر علاجهم وأعراضه الجانبية، على تكوين أعراض القلق المرصود من قبل الطبيب، هذا إذن يستدعي معرفة كاملة بأعراض المرض والتداخلات العلاجية المختلفة.

2- التركيز على وجود المواصفات الكافية لتشخيص إضطرابات القلق، وعليه فلا يكتفي بوجود أحد الأعراض الجسدية أو النفسية لتثبيت وتشخيص إضطراب القلق النفسي، مثلاً في زيادة إفراز الغدة فوق الكلوية فإن الأعراض المشابهة للقلق لا تكفي لتشخيص القلق المرضي، وتسود خلاله زيادة في الأعراض الجسمية للقلق، مع إنحسار وغياب الأعراض النفسية مما يوجب وضع علامة إستفهام ؟

3- هناك عدة مواصفات قياسية تخضع لها حالات القلق عموماً تساهم في تحديد إتجاه التشخيص وغيابها أو حيادها عن المألوف يتطلب تنقيباً أكثر تفصيلاً في أجهزة المريض، فحدوث المرض لأول مرة بعد سن الثلاثين، وعدم وجود تاريخ

مرضـي للقلـق في العائلـة وأنواعـه، والإسـتجابة البطيئـة للمهـدئات ومضـادات القلـق تمثـل إشـارات مهمـة لتوسـيع الرقعة التشخيصية والبحث عن الأسباب.

4- حتى مع ظهور المريض خالياً من الأعراض العضوية، فإن مسحاً بسيطاً عن طريق الفحص الجسمي، وربما المخبري يكون مفيداً ويهدف هذا المسح لبحث الأمراض الشائعة، كعدم إنتظام دقات القلب، وإضطراب الغدة الدرقية، وكثرة تعاطي المنبهات والنيكوتين، وقد تكون أعراض القلق كمقومات مبكرة لمتلازمة إنسحابية لبعض العقاقير، كالمنبهات والكحول وربما الإفيونات، وظهور القلق فجأة ومباشرة بعد الدخول للمستشفى بسبب من الأسباب العضوية، وهو المكان المحمي من العقاقير والكحول ؛ يوحي بقوة إلى إحتمالية التعاطي والتعود على بعض المواد وهو ما يستدعي ضرورة التيقظ والتدخل النشط السريع.

15-القلق في الرعاية الصحية الأولية:

يعتبر القلق من أكثر الأمراض إنتشاراً في عيادات الطب العام، ومع هذا الإنتشار فهناك ما يقارب من نصف هؤلاء المرضى لا يتم تشخيصهم، و أولئك الذين يتم تشخيصهم لا يتلقون العلاج، وتبقى نسبة قليلة من الذين يتلقون التشخيص والعلاج معاً، وهذه حقيقة مزعجة لا بد أن نعمل على تغييرها.

إن الدراسات العالمية المنتشرة تشير إلى وجود حقيقي وكبير للقلق في الرعاية الصحية الأولية، وتتراوح النسبة بين 11- 20٪ من مجموع المرضى وهذه نسبة يجب أن تقرع الجرس لأهمية الموضوع، وضرورة إحداث آلية ناجحة للتشخيص والعلاج لدى هذه الشريحة، وهذه النسبة قد تصل إلى 50٪ من المرضى المراجعين لعيادات الطب العام والتي أظهرت الفحوصات السريرية والمخبرية الخلو من الأمراض العضوية، وهذا يعود إلى تخفي القلق وقولبته تحت أعراض وشكاوي جسدية، ولتخطي سوء التشخيص هذا وإكتشاف المرض؛ فلا بد من تجاوز المراحل الأربعة التالية:

أ- **إقرار المريض وإستشعاره بالمرض وعدم الراحة** : غالباً ما يعزو هؤلاء المرضى قلقهم المرضي للأحداث اليومية ومشقتها ويعتبرون معاناتهم إستجابة طبيعية لهذه الأحداث، وهذه عثرة لا بد من تجاوزها.

ب- **إدراك المريض أن بيب الرعاية الصحية الأولية بإمكانه تقديم المساعدة المطلوبة** : وهي معضلة حيث يستشعر بوجود المرض لديه، ولكنه غير مؤمن أنه عند الشخص المطلوب للمساعدة، على إعتبار أن الطبيب العام أو طبيب الأسرة معني بالأمراض العضوية وليس المشاكل النفسية.

ج- **إمكانية الطبيب العام لإدراك التشخيص للأمراض النفسية والقلق**

تحديداً، وتبدو هذه الإمكانية غير كافية في حالات كثيرة، حيث يتلقى الطبيب خلال سنين دراسته بكلية الطب تدريباً بسيطاً ومحدوداً من حيث الكم والنوع ويكون هم الطبيب العام في معظم الأحوال إكتشاف أو إستثناء الأمراض العضوية فحسب، مع فقدان الحساسية الكافية لمعرفة الأمراض النفسية، أو لمناقشة الشؤون الحياتية المرتبطة بالقلق، والتي قد ينظر إليها الطبيب على أنها معضلة شخصية ليس من المفروض الخوض فيها أو إقحام نفسه بها، كما أن عامل الوقت يلعب دوراً مهماً في هذا المجال، إذ أن 5-10 دقائق هو معدل الزيارة للطبيب العام خصوصاً مع كثافة العمل في هذا القطاع، والجهد الكبير الواقع عليه في معظم دول العالم، ذلك لأن الوقت لا يكفي لمناقشة عرض واحد بالإضافة للتاريخ المرضي والفحص السريري.

د- **حساسية الطبيب العام لأهمية إعطاء العلاج النفسي** ولتحويل المريض بأعراض نفسية إلى الجهات الطبية المتخصصة والطبيب النفسي، عندما تستدعي الحاجة.

إن التصرف وإكتشاف إضطرابات القلق المختلفة هو البوابة نحو الحل الأمثل للسيطرة على هذا المرض المنتشر، وغير المعالج كما أشارت الأرقام العالمية، ولتحسين التعرف على القلق من قبل الطبيب العام نورد التوصيات التالية :

- تحسين إمكانات وأدوات المقابلة المتاحة في عيادات الطب العام.
- إستخدام الفحوصات الطبية الكاشفة والتي توفر الوقت وتعطي آلية ثابتة معروفة للتعامل مع المرضى في الرعاية الصحية الأولية.
- زيادة التواصل بين خدمات الصحة النفسية وخدمات الرعاية الصحية الأولية، وذلك بالإستعانة المباشرة بالإختصاصين النفسيين في هذه العيادات من خلال تواجدهم هنالك ضمن أيام محددة ومنتظمة.

أن الطبيب العام الساعي نحو مساعدة مريضه صاحب الأعراض النفسية، يستوجب عليه أن يخرج بصيغة متعاطفة للمريض وشكواه، ويحسن قدرته للإستماع إلى وجهة نظر المريض ومخاوفه وشؤونه الخاصة أيضاً، وعليه تبعاً مسؤولية أن يترك للمريض قيادة مجرى المقابلة بنفسه لفترة، لكي يستطيع التعبير عن نفسه بحرية، وهي الشكوى الدائمة للمرضى بأن الطبيب لم يفهمه ولم يعطه الوقت الكافي ليشرح له، وعلى الطبيب أن يكسر الحاجز النفسي ويبدأ بالسؤال المباشر عن الأعراض النفسية، خاصة إذا علمنا أن ثلاثة أرباع الشكاوي الرئيسية للقلق تأخذ صفة جسدية لا نفسية؛ مما يستدعي التحول مباشرة للأسئلة النفسية، ونقول للطبيب العام (تحمل فترات صمت المريض بسبب تردده بالإفصاح، حافظ على الإتصال بالنظر، وتجنب الأسئلة ذات

الإجابات المطلقة بنعم أو لا)، هذه النصائح تعطي المقابلة الطابع الإنساني والتعاطفي بعيداً عن ميكانيكية الطب والتي تسيطر كثيراً في مراكز الصحة الأولية.

ولمعرفتنا بالقلق الثانوي؛ فإنه من الواجب أن يحرص الطبيب العام على الربط بين الأعراض العضوية، والعلاجات والعقاقير المختلفة المستخدمة من قبل المريض، وربطها مع وقت حدوث القلق المرصود ودرجة مساهمتها في إحداث هذه الأعراض، إن الطبيب العام يجد نفسه في أحيان كثيرة حائراً في التشخيص والعلاج، وتبدو بعض الحالات فوق مستوى خبرته النفسية وثقافته في هذا الموضوع، بل وعبئاً على وقته المحدود، الذي يصعب توزيعه بين الأمراض الجسدية والنفسية، مما يحمله على أهمية إتخاذ قرار التحويل لإختصاصي نفسي، وربما يحمله على التردد إلى إرجاء إخبار المريض بأهمية التحويل، بسبب سوء الفهم والوصمة السخيفة المتعلقة بالمرض النفسي في مجتمعنا، إلا أن قدراً بسيطاً من الحرص لدى الطبيب مترافقاً مع التوضيح والشرح وربط الأعراض الجسمية بأصلها العضوي، كافية في معظم الأحيان لإقناع المريض ورضاه التام عن التحويل لعيادة الطب النفسي، وهناك ظروف معينة يوصى بها بقوة لضرورة التحويل وهي كما يلي :

- إضطرابات القلق الشديدة.

- فشل الإستجابة لعلاج موصوف.
- وجود شك في التشخيص.
- إحتمال وجود مرض دماغي أو إحتمالية الخرف.
- الحاجة إلى طرق علاجية متخصصة.
- تداخل الأعراض الإكتئابية بمضمون إنتحاري.
- التشخيص المشترك مع إضطرابات نفسية أخرى مثل: تعاطي العقاقير وإدمان الكحول.
- رفض المريض النصيحة أو العلاج من قبل الطبيب العام.

16-القلق والرهبة من زيارة الطبيب النفسي :

يتردد الناس كثيراً في إستشارة الطبيب النفسي، وخصوصاً في مجتمعنا العربي بإعتبار أن المرض النفسي جنون، وأن علاجه مهدئ، ولكن مريض القلق تحديداً له أسبابه الخاصة وهي :

- إن من أعراض القلق الخوف من فقدان السيطرة وفقدان العقل والجنون، إن الطب النفسي بتصور العامة هو لمن فقد هذه السيطرة، وبالتالي يقترن الطبيب النفسي مع الخوف من الجنون، ويعترض مريض القلق على زيارة الطبيب النفسي بشدة، وقد يغضب على هذا الإقتراح.
- قد يغلب على مريض القلق الأعراض الجسدية حتى ولو كان هناك مشاعر بالخوف والإنزعاج، فإن المريض يعزوها

للأعـراض الجسـدية، ويطالـب بإكتشـاف المـرض العضـوي الغـامض المختفـي وراء الأعـراض الجسـدية المختلفـة مثـل: الصداع وضيق التنفس، وألم الصدر وألم المعدة وآلام المفاصل، وإذا إقترح على المريض فكرة المرض النفسي يرفضها بشدة على إعتبـار أن هـذه الآلام حقيقيـة وليسـت وهـم، وهـي بالتأكيـد حقيقيـة ولكـن سببها لـيس مـرض عضـوي وهـذا مـا يجـب أن يوضح للمريض.

- مـن ضـمن مخـاوف مرضـى القلـق الخـوف مـن الإدمـان والإعتقـاد أن الوصـول للطبيـب النفسـي يعـني الإدمـان علـى المهدئات مدى الحياة، والمستغرب أن معظم المرضى قد يتعاطي المهدئات من نفسه أو من طبيب عام، ولكن يخشى أن يأخذها من الطبيب النفسي الذي هو خبير في الإدمان أولاً.
- إن إهتزاز الثقة بالنفس وزعزة صورة الذات يعطي المريض فكرة بأنه ضعيف الشخصية، ويعزز المجتمع هذه الفكرة فكل من يسمع مشكلته يؤنبه بأن هذا ضعف شخصية أو ضعف إيمان أو سخافة، وأن المريض هو السبب في مرضه وهو يملك الشفاء بيده، مما يزيد في حالة المريض بؤساً وشقاءً، ويؤخره أكثر في العلاج ويبعده عن فكرة زيارة الطبيب النفسي.
- الصورة الشائعة بين الناس عن الطب النفسي: مأخوذة عن السـينما والتلفزيـون ويخشـى المـريض أنـه سـوف يتعـرض

للتحليل النفسي، وأنه سوف يقول أسراره التي لا يرغب بالبوح بها، وأن لا يعرفها أحد وأن هذا فيه تشهير، وكأن الطبيب النفسي لا هم له إلا معرفة ذاك السر القديم، والذي قد لا يكون له علاقة بالحالة ومن ثم إفشاءه لكل الناس، وهذا متنافي مع مفهوم الخصوصية والسرية المطلقة في العلاقة بين الطبيب والمريض.

- إن طبيعة مرض القلق فيها تأرجح من ساعة لأخرى ومن يوم لآخر؛ ولذلك فإن المريض قد يقرر زيارة الطبيب فتخف الأعراض أو تختفي فيعدل عن قراره، كما أن تشعب أعراض القلق الجسدية والسلوكية والنفسية، يربك المريض ويتساءل الكثير من المرضى ماذا سأقول للطبيب؟ وكيف أضمن أنه سوف يفهم علي ؟ وكيف لي أن أضمن أن الطبيب النفسي لن يعزي كل ما أشكي منه سببه نفسي حتى لو كان عندي سرطان في رأسي أو كبدي ؟ متناسياً أن الطبيب النفسي سيقوم بالتشخيص ضمن أسس علمية محددة، وأن تشعب الأعراض - و هي أحد مميزات القلق- تجعله متميزاً عن الأمراض النفسية والعضوية فلا يوجد مرض يعطي أعراضاً في كل أعضاء الجسم إلا القلق.

17-القلق وإساءة إستخدام المؤثرات العقلية :

يلتقي القلق وإساءة إستعمال المؤثرات العقلية، فمن المعروف أن المصابين بالقلق معرضين ثلاثة أضعاف الأشخاص العاديين للوقوع في حبال الإعتماد واساءة إستعمال المؤثرات العقلية، وقد يستعمل مريض القلق الكحول والمهدئات والمخدرات: للتغلب على القلق والمعاناة، كما أنه من المعروف أن الأعراض الإنسحابية للكثير من المؤثرات العقلية يكون القلق على رأسها، وفي بعض المواد المنشطة كالكوكائين والإمفيتامين، قد يكون القلق من مظاهر التعاطي نفسه، كما أنه من الشائع بعد معالجة المعتمدين على الهيروين والكحول، التحول للمهدئات المضادة للقلق ومن ثم الإعتماد عليها أوإساءة إستعمالها، وبالتالي فإنه من الحكمة أن لا يستعمل المهدئ لمن أساء إستعمال المؤثرات العقلية، وهناك من الإستعمالات الدوائية وغير الدوائية الكثير مما لا يؤدي للإدمان، بالإضافة للمعالجة النفسية والسلوكية والمعرفية والتدريب على الإسترخاء، وتعليم وسائل التكيف الصحيحة مع القلق والتوتر وصعوبات الحياة، ومن حالات القلق الصعبة في العلاج الحالات التي تكون مغطاة ببعض المؤثرات العقلية والمهدئات وخصوصاً أن سحبها قد يكون مرتبطاً بأن يكون القلق قد إشتد، ومن المعروف أن القلق قد يترافق بالإكتئاب وأشكال القلق المختلفة: كالفزع والخوف والرهاب، بالإضافة

لعلاقته الحميمة مع إستعمال المؤثرات العقلية؛ كل هذا يجعل من هذه العلاقة علاقة شائكة لا بد أن تؤخذ بعين الإعتبار، ولا بد من التأكيد أن ثلاثة أرباع المدمنين يعانون من مشاكل نفسية سبقت أو رافقت أو لحقت الإدمان، ولا بد من التأكيد على أن المعالجة الذاتية للقلق؛ هي من الأسباب المهمة التي قد تؤدي للإدمان.

18-مسار القلق :

يتخذ القلق مسارات مختلفة، وهذه المسارات تعتمد على عوامل كثيرة،ولكن من المهم تحديدها ليكون العلاج متناسباً معها :

القلق الحاد : غالباً ما يبدأ بصورة مفاجئة لسبب واضح ومهم أوبسيط ولا أهمية له، وأحياناً بدون سبب، وتتكاثر الأعراض خلال أيام وأسابيع، ويفقد المريض القدرة على النوم والتركيز المتواصل وكأنه بإنتظار كارثة، وهذا النوع من القلق إذا تمت معالجته الصحيحة السريعة يتجاوب خلال أسابيع ويحتاج لفترة علاج بين 6- 9 شهور.

القلق المزمن : ويبدأ بشكل تدريجي على الأغلب، ويكون خفيفاً في أعراضه وتزداد مع الوقت، قد يصله المريض مع مرور سنوات على المرض، ومن الممكن أنه قد بدأ بشكل حاد، ولكنه لم

يعالج ولم يشفَ ويكون قد تحول إلى مرض مزمن، والذي يكون فيه الإكتئاب قد أخذ مكانه في حياة المريض. وشّكلها، بحيث أن معالجته تعني التغيير في الكثير من جوانب الحياة.

القلق المتكرر: قد يتكرر القلق الحاد بين الفترة والأخرى بمناسبة أو بدون مناسبة، وقد يكون التكرار كل بضع سنوات أو كل بضع شهور، فعلى سبيل المثال يتكرر في مراحل التغيير المختلفة في حياة الفرد، مثل دخول الجامعة، وبداية حياته العملية، والزواج، والتقاعد وغيرها من الأحداث، مثل: وفاة شخص عزيز أو التعرض للتوتر من أي مصدر، ولكن ليس من الغريب أن يتكرر قلق حاد كل بضعة سنوات دون وجود سبب خارجي واضح، أو أن السبب بسيطاً و لايتناسب مع درجة القلق.

القلق المضاعف : وهو الذي يبدأ بالقلق العام ويضاف إليه تدريجياً إكتئاب وفزع، ثم أفكار وسواسية ورهاب، ثم تعاطي كحول ومؤثرات عقلية، ثم يصبح القلق جزءاً من قائمة طويلة من الإضطرابات يصعب إعتباره قلقاً صرفاً، وتكون معالجته متخصصة لدى الأطباء الخبراء في مثل هذا النوع.

19- مصير القلق :

إن مصير القلق يحيطه الكثير من الأمور ولكن نسبة كبيرة من مرضى القلق لا تقدم على العلاج أبداً، أو تتأخر في العلاج، أو تخضع لعلاج متقطع، ويعتمد علاج القلق على عدة عوامل :

- شخصية المريض : فالشخصية المعتدلة والمتوازنة أفضل في مآلها ومصير قلقها من الشخصية المتطرفة القلقة المضطربة.
- التكيف النفسي والإجتماعي للفرد وتأرجحه من التكيف الممتاز إلى سوء التكيف وما ينجم عنه من مشاكل في الحياة قد تجعل من تحسن القلق أبطأ .
- مدة المرض : الحالات الحادة التي لم يمر عليها عدة شهور وأسابيع قليلة، أسرع في العلاج وأفضل في المصير من الحالات المزمنة التي بدأت في سن مبكرة وخصوصاً ما بدأ منها في سن المراهقة وإستمر.
- العمر عند حدوث الأعراض و عند علاجها : بشكل عام الحالات التي تظهر في سن مبكرة تكون أشد وتتحسن مع تقدم العمر، والحالات التي تبدأ مع بداية العقد الخامس أو السادس يمكن أن تتجاوب بشكل أفضل.
- الجنس : تختلف أعراض القلق ومصيره بين الذكور والإناث، فالقلق أكثر شيوعاً في النساء من الرجال، فيما يكون

ذلك على العكس لدى الأطفال والمراهقين، وأهمية ذلك إذ أن الأولاد أكثر تعرضاً للقلق من البنات، وأهمية الجنس ترتبط بالدور الإجتماعي لمجتمع وثقافة معينة، فمجتمعنا العربي متغير و يحضر الرجل للعلاج أكثر من المرأة لأنه صاحب القرار على الأغلب، ولديه إمكانية مادية، في حين أن المرأة أكثر عرضة للمرض، و لا تتاح لها نفس الفرص للعلاج بنفس الدرجة.

- الزواج : المريض المتزوج المستوفي لحياته الأسرية رجلاً كان أم امرأة أكثر تجاوباً من الأرامل والمطلقين والعازبين.
- وجود عوامل مرسبة للقلق تكون أسهل من القلق الذي يتسلل للإنسان بالتدريج عبر السنوات وتصبح أعراضه متوطنة في نفسية الإنسان، وكأنه جزء لا يتجزأ منها.
- الذكاء : إن الذكاء من العوامل المهمة في تسيير القلق وكيفية التعامل معه، فالمعاق عقلياً قد يصاب بالقلق والعبقري كذلك، فقد يكون لهذه الفئات المتطرفة صعوباتها الخاصة بخلاف الناس متوسطي الذكاء.
- الطفولة : هناك إرتباط واضح بين الإرتباطات العاطفية وقلق الإنفصال، والقلق العام بأشكاله المختلفة فالأطفال القلقون يكونون أكثر عرضة للقلق مستقبلاً في مرحلة المراهقة والبلوغ.

- المعالجة : إن توفر العلاج والمعالجين المختصين والأسلوب الصحيح للعلاج والمناسب للمريض وإلتزام المريض به؛ يشكل محوراً أساسياً في تحسن المريض وفي مصير مرض القلق.

إن وجود مشاكل نفسية سابقة للقلق أو الإكتئاب أو الإعتماد على المؤثرات العقلية والمخدرات وإضطراب الشخصية الشديدة قد تعقد القلق وتجعل مصيره ومآله أضعف.

- البصيرة :مع أن مريض القلق ليس مريضاً ذهانياً، إلا أنه كثيراً ما يكون بلا بصيرة بمرضه، ويصر أن مرضه عضوي لكثرة الأعراض الجسدية التي تظهر مع القلق، وبالتالي يرفض مريض القلق أية مداخلة نفسية، أو حتى ذكر للعوامل النفسية؛ مما يجعل هذه الشريحة من هؤلاء المرضى الذين لا يعترفون بالقلق النفسي ذوي مصير سيء.
- الوضع العائلي : إن وجود الأخوة والأخوات وإنسجامهم وعددهم وصحتهم النفسية ودعمهم للمريض، تؤثر على مصير القلق، والملاحظ أن الفردية التي توجد في المجتمع الغربي وخروج الشاب أو الفتاة ليعيش وحده في سن الثامنة عشرة قد رفعت من القلق، وقد تكون الوحدة عائقاً في تحسنه بما تسببه من عزلة و ضعف البيئة الإجتماعية الداعمة.
- الطبقة الإجتماعية : من المعروف أن الطبقة الإجتماعية المتوسطة هي الأكثر إستقراراً من الفئات المتطرفة على

السلم الإجتماعي صعوداً وهبوطاً، فيزداد القلق عند الطبقات الفقيرة والمعدمة والطبقات المرتفعة.

- التعليم والثقافة : يلعب التعليم والثقافة دوراً مهماً في مسيرة القلق، وهذا الدور فيه تناقض، فقد تكون الفئات غير المتعلمة وغير المثقفة أسهل في التعامل مع المرض إذا وصلت للعلاج، أما الفئات المتعلمة قليلة الثقافة فهي من أصعب الفئات، في حين أن الفئات المتعلمة المثقفة هي بالطبع الأسهل والأكثر تفهماً للعلاج والتعامل معه والأكثر قدرة على أن تصل إلى البصيرة المرضية وبالتالي يكون تحسنها الأفضل.

بناءً على المعطيات المذكورة؛ فإنه من الصعب التعميم في مسيرة القلق، وقد يكون أكثر واقعية الحديث عن حالة المريض كل على حده من قبل الطبيب المعالج، لأن الدراسات التي تضم كل الحالات في مختلف الدرجات وفي مختلف العوامل قد تعطي صورة غير واقعية عن الحالة منفردة، وليس هناك من ضمانة لمن عولج وشفي من القلق أن لا يعود له المرض مرة أخرى، ولكن من المؤكد أنه من أصيب بالقلق وعرفه وخبره لن يفوته إدراكه بسرعة والتعامل معه بطريقة صحيحة فوراً دون تأخير أو تردد، فإذا كانت أزمة القلق الأولى إستغرقت عدة شهور حتى وصلت الطبيب النفسي فإنه إذا أصيب مرة أخرى فلا بد من الفطنة بحيث يصل للعلاج خلال أيام قليلة.

20-مضاعفات القلق :

إن القلق النفسي إذا إشتد وإستمر ولم يخضع للعلاج الصحيح قد يكون له مضاعفات عديدة ومتشعبة ومنها :

- تعاطي الكحول بإفراط، وتناول المهدئات العشوائي المتزايد والوصول إلى الإدمان على المخدرات بأنواعها وأشكالها المختلفة.
- تطور حالات الإكتئاب نتيجة لطول الحالة وعدم الوصول لحل، واللقاء بين القلق والإكتئاب شائع، ويشكل النسبة الأكبر من مراجعي العيادات النفسية ومراجعي العيادات الطبية العامة، و قد يتعدى هؤلاء ربع المراجعين في الرعاية الصحية الأولية، و في المستشفيات العامة يصلوا إلى عُشر الحالات التي يتم إدخالها.
- تطور أنواع أخرى من القلق مثل نوبات الفزع والرهاب بأنواعه المختلفة.
- التأخر في الدراسة والعمل والأداء وتأثر العلاقات الأسرية والإجتماعية، حيث يصبح نمطاً للحياة وليس مرضاً فقط، ويصبح كل قرار وكل خطوة نابعة في الحياة من القلق، حتى إذا أراد إختيار السكن قد يفكر في السكن الأقرب للطبيب أو للمستشفى، والأسهل في وصول سيارة الإسعاف إليه وليس ما يناسبه فعلاً.

- الإعتماد على الأطباء والمستشفيات: يصل مرضى القلق في مراجعاتهم إلى أرقام قياسية لا تصدق، فقد يراجع مئات الأطباء ويجري آلاف الفحوصات ويتردد على الأطباء والمختبرات وأقسام الطوارئ بشكل يومي، حتى إن أحد المرضى كان ينام بسيارته أمام أحد المستشفيات حتى يكون قريباً من الإسعاف الفوري.
- يكثر التدخين وشرب القهوة والشاي بين القلقين مما يزيد أعراض القلق الأساسية، ويعرضهم لمضاعفات التدخين والقهوة وآثارها على القلب والضغط وعلى إرتفاع الأمراض السرطانية، فمن المستغرب أنك تجد مريض قلق يسعى جاهداً لإكتشاف أي مرض في جسمه، والسيجارة في يده وهي خطر واضح ويبحث عن خطر خفي.
- يبتعد مرضى القلق عن الرياضة وممارسة الهوايات والعبادات، وهي في الأساس تخفف من القلق، ولكن يبدو أن الشخص القلِق في أسلوبه في الحياة يُصّعب الأمور مما يؤدي إلى ضعف اللياقة البدنية والنفسية والروحية.

21-الوقاية من القلق :

لا بـد مـن النظـر إليهـا علـى المسـتويات الثلاثـة المعروفـة في الصحة النفسية وهي:

أ-الوقاية الأولية :

وهـي محاولـة منـع حـدوث القلـق إبتـداءً وهـذا قـد لا يكـون متيسـراً وسـهلاً ومضـموناً، إلا أنـه يسـاعد علـى تخفيـف إمكانيـة حـدوث المـرض ويتمثـل بالتربيـة الصـحيحة المتوازنـة، والتكيـف النفسـي والإجتمـاعي والإعتـدال في كافـة أمـور الحيـاة، ووجـود هـدف لحيـاة الفـرد وإيمـان يعمـر بـه قلبـه، والإبتعـاد عـن المشـاكل والضـغوط النفسـية الـتي يمكـن تجنبهـا، وعـدم العبـث بـالمواد الكيماويـة الـتي تـؤثر علـى الجسـم والـدماغ مـن مهـدئات ومنبهـات وغيرها.

ب-الوقاية الثانوية :

وهـي محاولـة إكتشـاف حـالات القلـق وإيصـالها للعـلاج بأسـرع مـا يمكـن تجنبـاً لهـدر الطاقـات والأمـوال و المضـاعفات والمشـاكل، وسـعياً للشـفاء السـريع، ويـتم ذلـك بزيـادة الـوعي الشـعبي بـالأمراض النفسـية بشـكل عـام والقلـق بشـكل خـاص عـبر وسـائل التثقيـف الصـحي المختلفـة، وزيـادة حجـم المنهـج المخصـص للأمـراض النفسـية في كليـات الطـب والتمـريض والعلـوم النفسـية والإجتماعيـة، والإهتمـام بـالتعليم الطـبي المسـتمر للأطبـاء

الممارسين العاميين والأطباء من كافة الإختصاصات الطبية، وذلك بتدريب الأطباء على إكتشاف حالات القلق التي تصل إلى المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية.

ج-الوقاية الثلاثية :

وهو العمل على أن لا يعود المريض للقلق مرة ثانية ويكون ذلك عن طريق إستكمال العلاج وعدم العبث به، وبعدها تجنب ما كان سبباً للقلق في المرة الأولى إذا أمكن وإكتشاف أية إنتكاسات أو تكرار للقلق من جديد بأقصى سرعة، وعدم التردد في العلاج والوصول إليه بشكل فوري.

22-أساليب الإسترخاء :

لا بد للإنسان العادي أن يكون له أسلوب خاص للإسترخاء يتخلص فيه من التوتر وما يحمله التوتر من مشاكل نفسية وصحية، وقد يتباين الناس في هذه الأساليب، ولكن من المؤكد أن جميعنا بحاجة للإسترخاء، من الناس من يحب الإسترخاء على الموسيقى أو عزفها، ومنهم من يستمد الإسترخاء من العبادة والصلاة وقرءاة القرآن الكريم، والدعاء والتعبد والذهاب للمسجد، أوالكنيسة وقراءة الكتاب المقدس، وهناك من يجد في الرياضة كالسباحة والجري و ركوب الخيل والدراجات متنفساً له، وآخر يهوى الصيد مثلاً

وهناك من يسترخي بالقراءة والكتابة، وهناك من يجمع

بين هذه الأشكال والأساليب أما من لا يملك أسلوباً للإسترخاء فإن حياته وصحته النفسية والجسدية لن تكون بأمان.

- التدليك : إشتهر التدليك بشرق آسيا بالهند والصين تحديداً والحضارة العربية الإسلامية، أما أوروبا فقد عرفته في القرن التاسع عشر بإسم التدليك السويدي، وفيه تدليك للعضلات وتنشيط للدورة الدموية، ويعطي إسترخاءً وهدوءاً وراحة، ويساعد على تخفيف التوتر، يضاف إليه أحياناً بعض الزيوت العطرة والتي تعطي روائح زكية وتضيف نكهة للإسترخاء.

- **تدليك القدم (Reflexology)** : وهي طريقة صينية قديمة تقوم على أساس وجود نقاط معينة في القدم مرتبطة بأعضاء الجسم وأجهزته المختلفة، ومع تدليكها يخف الألم أوالشد أوالإحتقان في العضو المقصود، وقد مورست عبر سنوات طويلة وقد شاع إستعمالها مؤخراً.

- **التنويم المغناطيسي** : وهو يقوم على النفس العميق وتركيز التفكير على صورة البحر، أو على حديقة جميلة مع إقفال العينين، وتكرار النفس مما يعطي إسترخاءً مريحاً، ويمكن للفرد القيام به لوحده بعد التدريب وعندها يسمى التنويم المغناطيسي الذاتي ولا علاقة بين هذا التنويم و ما يشاهد على

المسرح من ألعاب سحرية تسمى تنويماً مغناطيسياً.

- **الإسترخاء العضلي** : ويتم هذا بعدة أساليب أحدها يتم بشد العضلات ثم رخيها بالتدريج، ويتم هذا بالتدريب على مراحل، ويمكن أن يكون رخي العضلات مباشرة دون عملية الشد.

- **اليوغا** : رياضة قديمة تعتمد على التدريب على التنفس، وأخذ أوضاع جسدية مختلفة وتعتبر أسلوب حياة ومنهج روحي للبعض في الهند،، قد أثبتت اليوغا قدرتها على إعطاء سيطرة للعقل والنفس على الجسد والتغلب على المتاعب.

- **التامل** (Meditation) : وهو شائع الإستعمال في الهند، ويعتمد على إستعمال كلمة أو جملة مع التنفس المنتظم والجلوس المريح، والظهر مستقيم وهو بحاجة إلى تدريب وخبراء لإتقانه.

- **شياتسو** (SHIATUS) : كلمة يابانية تعني الضغط بالأصابع وتعتمد على الضغط على أماكن معينة في الجسم للوصول للطاقة الداخلية المسماة (الكي)،وهو أسلوب يستعمل لأغراض نفسية وعضلية.

- **الركي** (REKI) : وهي كلمة يابانية تعني الطاقة الكونية لقوة الحياة، وتعتمد على مختصين مهرة يضعون أيديهم لجلب الشفاء، وإطلاق طاقة الركي في الجسم، ويبدو أن هذه الطريقة تنجح مع بعض الممارسين لها وتقوم على مبدأ الحب

غير المشروط ولها أبعاد فلسفية.

- **التبخير:** (SMUDING) شاع في الولايات المتحدة في العقود الأخيرة وهي مأخوذة من طقوس الهنود الحمر، وتعتمد على شم الأعشاب المحروقة والتي تعطي الراحة والإسترخاء.
- **الوخز بالإبر الصينية** : (ACUPNCTURE) وهي طريقة قديمة تقوم على أساس وجود نقاط معينة في الجسم والأذن لها إرتباط بأعضاء ووظائف معينة، ووخزها يؤدي إلى تأثيرات إيجابية، من الثابت أن لهذه الممارسة قدرة على تخفيف التوتر، وهي تستعمل كأسلوب كهربائي بدل الوخز ولها تأثير كبير في تخفيف الآلام وذلك عن طريق إفراز الأفيونات الدماغية الطبيعية في الجسم، كما أنها تساعد على الإسترخاء.

وإذا تتبعت أياً من الطرق المذكورة ستجد أنه لا بد من قناعة الشخص وتعاونه فيها، وأن هذه الطرق تستمد أثرها وفعاليتها من الجهاز العصبي القادر على إفراز المواد الكيماوية الخاصة، التي تساعد على الإسترخاء وتخفيف الألم والتوتر والشد، وتساهم في رفع المناعة والإسراع في الشفاء من القلق النفسي وغيره من الأمراض النفسية والجسدية المختلفة.

23-قلق الإنفصال

إن القلق والخوف الطبيعي يتطور مع تطور الطفل ويكون له مغزى في هذا التطور، فحديثي الولادة يخافوا في العادة من الصوت العالي أو من عدم وجود أحد حولهم ويترددوا في الإبتعاد عن من يرعاهم، وهذا يعتبر رد فعل طبيعي لتطور إرتباط الطفل بمن حوله، عندما يبدأ الطفل بالمشي فقد يخاف من الحيوانات وهذا أيضاً رد فعل عابر مؤقت.

إن الأطفال قبل دخول المدرسة يظهر لديهم تعلق فيمن يحبون ويقلقوا عند الإنفصال عنهم، مما يدفع الطفل للبكاء بضع دقائق بعد مغادرة أمه للمكان، ويتفاوت الأطفال في درجة ردود فعلهم، فهناك من هم أكثر عرضة لقلق الإنفصال من غيرهم، ويتطلبوا مزيداً من الإهتمام والعمل، وإذا كان الطفل سيء المزاج في هذا المجال فهذا لا يعني أنه سيكون كذلك عندما يكبر.

إن الطفل يطور إرتباطه بمن حوله بين ثمانية شهور إلى سنة من العمر، ويمتد ذلك إلى السنة الثالثة من العمر، وبالتالي نجد الأطفال في عمر السنتين يمسكوا بالأم أينما ذهبت وحتى لو دخلت الحمام، وقد يبكي عندما يغادر الأب أو الأم وكأنه لن يعود، وعندما يعود فإن الطفل يظهر لا مبالاة في البداية ثم يبكي وكأن عودة الأب والأم أعادت له شريط الذكريات.

الأطفـال بـين سـن السـنة والسـنتين يمشـون ويزحفـون لوحدهم، ثم ينتبهوا إلى أنهم قد إبتعدوا عن الأب والأم فيعودوا وكأنها نقطة الإرتكاز، يكون الطفل قبل سن ثلاث سنوات خجول وخـائف مـن الغربـاء، وعنـدما يبـدأ بالـذهاب للحضـانة فـإن الإنفصـال صـباحاً والإلتحـاق بالحضـانة قـد يكـون مـزعج لـه، ويتراوح من يوم لآخر، ومما يجعل قلق الإنفصال أكثر وضوحاً التعب والمرض والتغيّر في نظام البيت والتغيرات الأسرية: كولادة أخ، أو الطلاق، أو والوفاة أو المرض في العائلة، والتغيير فيمن يقدم الرعاية خصوصاً إذا كان الطفل يذهب إلى حضانة، أو نزيل في أحد مراكز العناية بالأطفال، والوالدان هما ليس السبب في قلق الإنفصال: إلا أنهما من الممكن أن يلعبا دوراً في تطوره وتقدمه بشكل سيء، ومما يخفف من فرصة حدوث قلق الإنفصال هو أن يبدأ الطفل بالإنفصال لفترات قصيرة منذ الشهر السادس من العمر، بأن يبقى مع الأب مثلاً وتغيب الأم، أو يبقى مع الجدة ولفترات قصيرة، ومن المستحب أن يبدأ الطفل في عمر العام اللعب مع الأطفال الآخرين، وفي عمر الثلاث سنوات أن يكون يساهم في الألعاب الجماعية.

إن رياض الأطفال مفيدة ولكنها ليست مستحبة قبل سن الثالثة أو الرابعة إلا إذا كان هناك ظروفاً خاصةً لا غنى عنها وخاصة للأم العاملة مثلاً، وإذا كان من ضرورة لإنفصال الطفل

عن الأم فلا بد من الإهتمام ببعض الأمورالتي تساهم في تخفيف قلق الإنفصال مثل: أن يكون مع أشخاص مألوفين قد تعود عليهم في السابق، وأن يكون المكان والبيئة ليست غريبة، وأن يستمر في نظام حياته مثل: النوم والصحو ووجبات الطعام، وقد يفيد أن يأخذ الطفل لعبته المفضلة، ويحتاج الطفل إلى تطمين وتذكير بما أبدى من شجاعة في مواقف سابقة، ولا ينبغي توبيخه على ردة فعله بل تقبلها والتوضيح له بأن الغائب سوف يعود وعدم السخرية منه، ليس من المستحب إعطاء الطفل حلويات ليسكت فالأفضل أن يعبر عما لديه، ومن الممكن أن تكون المكأفاة لاحقاً لحسن التصرف، ولا بد من التركيز على كل الإيجابيات التي قام بها الطفل وكيف إستطاع أن يلهو ويلعب مع الأطفال الآخرين.

إذا كان الطفل قادراً على الإستيعاب فلا بأس من تعريفه على أطفال آخرين في نفس المكان، وخروج الطفل في رحلات ورؤيته للحضانة والمدرسة أمر مساعد كما أن تجهيزه لأدواته المدرسية وشرائها مع ذويه يعطيه دوراً في عمليه الإنفصال القادمة، ولا بد أن نتوقع في الأسابيع الأولى أن الطفل سيكون منزعجاً وأن الأمور ستكون في تحسن تدريجياً، يودع الطفل رغم بكاءه إلى أن يعرف أن الوداع ليس الفراق النهائي، لا يستحب أن يعود الأب والأم عدة مرات لتفقد الطفل والإطمئنان عليه، وليس من المستحب أن

يغادر المكان بطريق الخلسة بل يودع الطفل ويقبله.

إذا بقي الطفل في البيت ولم يذهب للمدرسة لا ينبغي أن يكون اليوم مكافأة باللعب واللهو، بل الإلتزام في برنامج محدد، وأما بالنسبة للمدرسين الذين يواجهوا الأطفال عند إلتحاقهم برياض الأطفال أو في المرحلة الإبتدائية، وقد يكون أمامهم مهمة شاقة أحياناً في مطلع العام الدراسي، يفضل أن يقوم المدرس بتقديم نفسه و بترك الطفل مع الألعاب وتناول بعض الحلويات، لا بد أن يشعر الطفل أن المدرس أو المدرسة هما على إتصال ووفاق مع الأب والأم وأنهما إمتداد لعالمه من الكبار.

في الحالات التي يبكي فيها الطفل كثيراً قد يطلب من الأب والأم البقاء لفترة قصيرة لتطمين الطفل.

من المؤشرات التي تدل على أن المشكلة سوف تتخطى الحدود الطبيعية إستمرار المعاناة لأكثر من عامين، تكرار الشكاوي الجسدية الصباحية قبل المدرسة، إستمرار قلق الإنفصال مع تقدم السنوات في المدرسة.

كما أن عدم وجود قلق إنفصال إطلاقاً، مؤشر سلبي يجب الإنتباه له، أما رفض الطفل أو المراهق للذهاب للمدرسة فإنه دلالة على وجود مشكلة كبيرة. وبالتالي فإن تشخيص إضطراب قلق الإنفصال يعتمد على وجود قلق شديد مستمر من الإبتعاد عن البيت والوالدين، وأن درجة القلق تكون شديدة إلى درجة أنها

تؤثر على النشاطات الطبيعية، ويكون الطفل منزعجاً عند الإنفصال ومنزعج بأن شيئاً سيئاً سوف يحدث خلال فترة الإنفصال، وقد يمر الطفل بكوابيس مزعجة واضطرابات في النوم وشكوى من الغثيان والصداع وألم البطن.

وتتم المعالجة عادة بالأساليب السلوكية الداعمة للوالدين والمدرسين وفي أحيان قليلة قد يتطلب بعض الأطفال معالجات دوائية لتخفيف درجة القلق خصوصاً عندما تصل الأمور لرفض الذهاب إلى المدرسة كلياً.

24- القلق عند الأطفال والمراهقين :

يتمشى القلق والخوف بشكل تلقائي في مراحل تطور الإنسان منذ الولادة وبقية العمر، وخصوصاً في مراحل الطفولة والمراهقة، فيخاف الطفل من الإبتعاد عن أمه وقد ينزعج من الغرباء، ويخاف من الظلام والقصص الخيالية حول الوحوش والأشباح، وقد يقلق عند دخوله روضة الأطفال، أما المراهقون فهم مزاجيون لديهم قلق إجتماعي وجنسي، ومهتمون جداً بمظهرهم و كيف يراهم الآخرون، كل هذه المخاوف وأشكال القلق عادة ما تكون عابرة ومتناسبة مع مرحلة التطور والعمر وتنتهي تلقائياً بالإنتقال للمرحلة التالية، والتعامل الصحيح معها من قبل الأسرة، أما زيادة هذه الأعراض فتظهر على شكل صعوبة النوم، والقلق بالإنفصال عن الأم واضح عندما ينفصل الطفل عن والدته أو مربيته، مما يعيق إلتحاق الطفل في المدرسة ويجد صعوبة في التكيف وتكدر المزاج وأحياناً إضطرابات في السلوك، و قد يعبر عن قلقه بأنه خائف أو يشكو من المغص أو الصداع وغيرها من الأعراض الجسدية، و قد تؤدي بالطفل بالبكاء والشكوى والإلتصاق بالأم، ومع تقدم العمر بالمراهقين تصبح الأعراض تشبه تلك التي عند الكبار، مع أن القلق عند الأولاد أكثر من البنات، إلا أن النسبة تنعكس عند الكبار، وإذا أصبحت أعراض القلق واضحة و مؤثرة على حياة الطفل؛ فلا بد من

معالجتها وعدم القبول بفكرة الناس بأن هذه الأعراض تتحسن لوحدها، فقد يحتاج تقييم القلق عند الأطفال من قبل المختص مقابلة الأسرة، وكما يحتاجها في العلاج الذي قد يكون عائلياً أو سلوكياً، وهناك علاجات جماعية وأخرى باللعب والكلام و الرسم، كما تستعمل مضادات القلق المختلفة حسب ما تتطلبه حالة الطفل، ومعالجة الأطفال والمراهقين تعطي نتائج ممتازة، ولا تعني بالضرورة إستمرار المرض بقية العمر.

25-القلق والأحلام

كلنا يذكر الحلم الذي يتكرر ويشعر فيه الحالم أنه تأخر في الوصول إلى الإمتحان، أو أنه نسي الإجابة عن بعض أسئلة الإمتحان، مع أنه ترك الدراسة منذ سنوات طويلة، وتلك الأحلام التي يشعر فيها أنه مطارد أو أنه يصرخ وليس من مجيب وأن صوته لا ينطلق للإستغاثة من خطر داهم، هذه أحلام القلق الذي نمر به في فترة من حياتنا، ويكون مزعجاً إلا أنه يتكرر كل عدة شهور، ولكن تصبح هذه الأحلام متلاحقة مع صعوبة النوم المعروفة بالأرق في حالات القلق النفسي، فإنها تكون مزعجة و يبقى المريض طوال اليوم متأثراً بحلمه أوالكابوس الذي تعرض له ويفكر ويحلل ويفسر، ويخرج بنتائج سلبية تزيد من خوفه ومعاناته، حتىأن مرضى القلق قد لا يريدون أن يناموا خوفاً من الكوابيس، وليس غريباً أن يبقى مريض القلق عدة أيام بدون نوم

مع أنه بحاجة للنوم، ومن المهم القول أن الأحلام تعبر عن القلق ولا تحدثه وهي ليست سبباً، وكذلك الأرق فهو ليس السبب في القلق بل نتيجة له، ومع ذلك فإن نسبةً من المرضى يقولون ويكررون بأن مشكلته هي الأحلام وإذا حُلت فلن يكون هناك أعراض أخرى، فيسعى للحصول على النوم بإعتباره أنه الحل السحري، ويقع بخطأ معروف بتعاطي المهدئات والمنومات والكحول، وإذا نسيها في ليلة واحدة تأتي الأحلام مضاعفة عدة مرات، وذلك كردة فعل لإيقاف المنوم الذي يكون قد أثر على مراحل النوم المختلفة، إذ أن تعاطي المهدئ لشخص لم يسبق له أن عانى من الكوابيس والأحلام المزعجة، ثم إيقاف المهدئ يؤدي إلى ظهور الكوابيس أو الأحلام، وهكذا هو الأمر بالنسبة للكحول.

26-قلق الإمتحان :

إن الإحساس بأهمية الإمتحان يعد دافعاً طبيعياً لمزيد من التحضير والدراسة، وهذا يرفع من أداء الطالب، ولكن زيادة التوتر والخوف من الإمتحان قد يتحول إلى قلق، وعندها يتراجع الأداء، وقد تصبح ساعات الدراسة الطويلة بلا فائدة ولا تركيز وقد تتوقف الدراسة نهائياً ويستمر الطالب في قلقه والإمتحان يقترب، والدراسة تتراجع، ولكن الحديث عن الإمتحان والدراسة والنصائح من هنا وهناك تنساب دون هوادة، ويصل الطالب في ذروة القلق إلى قرار عدم الذهاب لتأدية الإمتحان، مع العلم أن الطلاب

القلقين على الإمتحان هم غالباً من المتفوقين والمجتهدين الذين لو ذهبوا للإمتحان وحتى لو دون المراجعة الأخيرة لحققوا نتائج جيدة، وفي كل موسم إمتحانات وخصوصاً إمتحانات الثانوية العامة تنهال أعداد كبيرة من الطلاب على العيادات الطبية النفسية، لأنهم يشعرون بعدم القدرة على متابعة الدراسة بسبب مبالغتهم في التوتر، ووصلوا للقلق وشلت قدرتهم على الإستمرار، ويصبح لا بد من معالجتهم إذ تظهر عليهم الأعراض المعروفة للقلق، وحتى يتقي الطالب الوقوع بهذا المرض لا بد أن يلجأ إلى أسلوب دراسي صحيح بغض النظر عن مستواه وعمره ومرحلة الدراسة التي هو فيها، والنظام الدراسي الصحيح يقوم على الأسس التالية:

1- الدراسة المنتظمة اليومية منذ بداية العام الدراسي بواقع ستة أيام في الأسبوع وأن يكون هناك يوم واحد للإستراحة.

2- الدراسة على ثلاثة مراحل : تحضير الدرس ثم دراسته بعد سماعه من المدرس، ومراجعته بعد ذلك، ففي كل مرة يجلس الطالب ويفتح كتاب مادة معينة فإنه يراجع الفصل السابق ويدرس الفصل الحالي، ويحضر الفصل القادم؛ مما يعني أن كل فصل يتم دراسته ثلاثة مرات، ويكون التحضير والمراجعة بصورة سريعة أما الدراسة فتكون متأنية.

3- لا بد للطالب أن يعرف أن الدراسة الصحيحة يجب أن تكون

متوافقة مع ظروفه وقدراته وبيئته ومتطلباته، فلا بد من ممارسة الرياضة والصلاة والعلاقات الإجتماعية بما فيها من زيارات متبادلة مع الأصدقاء والعائلة والجيران، ومتابعة البرامج المفضلة في الإذاعة والتلفزيون ضمن البرنامج اليومي، وأن لا يعتبر الطالب أياً من هذه النشاطات عائقاً ومانعاً لدراسته وباعثاً للقلق، بل إنها ضرورة ليكون البرنامج قادراً على الإستمرار والصمود أمام رهبة الإمتحان.

4- لا بد للطالب من الإنتباه لوظائف جسمه الحيوية المختلفة؛ فالنوم من 6- 8 ساعات، و يفضل أن يكون في الساعات المألوفة للنوم مثلاً من الساعة الحادية عشرة مساءاً حتى الساعة السابعة صباحاً، وأن يكون هناك ثلاث وجبات منتظمة في اليوم وإذا رغب الطالب في النوم نهاراً فلا بأس وبمدة لا تتجاوز الساعة بعد الغذاء.

5- عند حمل الكتاب والبدء بالدراسة فلا بد أن يركز الطالب فقط على الصفحة والموضوع الذي يقرأه ليفهمه ويتقنه في الوقت المتاح، دون التحليق في أفكار لا طائل منها مثل ماذا سيأتي بالإمتحان ؟ وماذا كان في الإمتحان السابق ؟ وكيف يفكر المدرس بالإمتحان ؟ وكيف يصححه ؟ وماذا درس الزملاء أو الزميلات ؟ وهل هم أكثر قدرة أو أقل ؟ ولماذا يدرس فلان ساعات أقل ويحصل على علامات مرتفعة ؟

وماذا ستكون علامتي في الإمتحان الماضي ؟ وماذا سأفعل إذا لم أحصل على معدل كذا ؟ وغيرها من الأسئلة المزعجة التي لا تفيد، بل على العكس ترفع من درجة القلق والتوتر، وتعيق الإستمرار في الدراسة، والعبارة الوحيدة التي تنفع في هذا المجال(رحم الله إمرئ عرف قدر نفسه) فكل طالب له إمكاناته التي يجب أن يعمل ضمن نطاقها، دون الإكتراث لقدرات الآخرين التي لا يستطيع أصلاً تحديدها.

6- الجولات الدراسية : الجولات الدراسية ساعتين فيها عشرين إلى ثلاثين دقيقة إستراحة، وبين الجولة والتالية يكون هناك ساعة إستراحة، وبالتالي فإنه في أيام الدراسة يمكن أن يستريح الطالب ويتناول طعام الغذاء في ساعتين، مثلاً من الثانية إلى الرابعة بعد الظهر، ثم تكون الجولة الأولى من الرابعة حتى السادسة مساءً، والثانية من السابعة حتى التاسعة مساءً، وهذا يعنى أربع ساعات دراسية مع إمكانية مشاهدة تلفزيون وقراءة مجلة أو صحيفة، وفي اليوم الذي يكون عطلة في نهاية الأسبوع يمكن أن يكون هناك جولتين في الصباح ويصبح عدد الساعات الدراسية ثمانية ساعات، وهذه الجولات يمكن أن تصل إلى إحدى عشر ساعة في أيام الإمتحانات وما يسبقها وكلها تكون بأسلوب مريح وسلس لا يرهق الطالب.

7- في أيام الإمتحان ينصح الطالب أن ينهي دراسته مساءاً في وقت مبكر ويتناول طعام العشاء، ومن الممكن أن يصلي أو يمارس الرياضة أو يشاهد التلفزيون وينام في وقته المعتاد ويصحو مبكراً، ولا داعي للدراسة قبل ساعات الإمتحان وحمل الأوراق والكتب المختلفة، وقد يرغب بعض الطلاب في تسجيل بعض الملاحظات البسيطة مثل التواريخ والأرقام التي ينساها على قطعة ورق صغيرة ينظر إليها قبل الإمتحان، ويجب أن يتذكر الطالب دائماً أن هذا الإمتحان ليس أول مرة في حياته، وأنه سبق له وأن درس ودخل الإمتحانات ونجح، وكما أنه على الطالب أن لا يخاف من الشعور الذي يراوده قبل الدخول إلى قاعة الإمتحان بأنه نسي كل ما درس وأنه سيرسب لا محالة، فهذا الشعور طبيعي قبل الإمتحان وحتى بدء الإمتحان، وبالتالي عند إستلام ورقة الإمتحان فلا بد للطالب أن يقرأ الأسئلة بهدوء وتمعن ويبدأ بالأسهل منتبهاً للتوقيت ومدة الإمتحان، وما يخصص لكل سؤال من وقت وبعد الخروج من الإمتحان من الأفضل أن لا يتم حل الأسئلة ومناقشتها مع الزملاء، بل العودة للبيب والإستراحة إستعداداً للإمتحان القادم، لأن ما تم في الإمتحان السابق قد تم و لا فائدة منه الآن، بل إن الحديث به الآن قد يشوش الإمتحان اللاحق.

8- يجب أن ينتبه الطالب إلى أن إستعمال المنشطات كالقهوة والشاي والنكوتين بكميات كبيرة قد يعطي شعوراً زائفاً بالتنبه، و لكن التركيز يضعف ولا ينصح الطالب بالإكثار من تناولها، وإن كوبين من الشاي وفنجان من القهوة خلال النهار هو أقصى ما يمكن، وأما بالنسبة للسجائر فالأفضل تجنبها نهائياً، كما لا ينصح الطالب بتعاطي أي نوع من المهدئات أو العقاقير المؤثرة عقلياً، إلا إذا كان قد تم ذلك بقرار من الطبيب.

27-قلق الترفيع

إن الإنسان طموح بطبعه ويرغب بالترفيع وزيادة دخله وتحسين وضعه الوظيفي والإجتماعي، فهل يمكن أن يؤدي الترفيع والترقي في العمل إلى القلق ؟ بالتأكيد هذا يحدث، فالترفيع يعني زيادة المسؤولية وضرورة توكيل بعض الأعمال للآخرين، والمخاطرة في عملية وقوعهم بالخطأ، ولذلك تجد أن موظفاً في شركة أو بنك من ذوي الشخصية الوسواسة المنظمة الدقيقة، قد أثار إعجاب رؤسائه وقرروا ترفيعه رئيساً للقسم، وهذا يعني أنه لا يستطيع الإشراف على كل شيء بنفسه وأن ينفذه لوحده مثلما كان سابقاً، فيلهث وراء الكمال ومنع الأخطاء، فيجهد ويتوتر ويقلق، وقد يقرر طلب إعفاءه من عمله الجديد وإعادته لوظيفته السابقة، أو قد يستقيل تحت وطأة القلق

النفسي، وهذا خطأ كبير إذا قام به فلن يرتاح ضميره من التأنيب وضياع فرصة قد لا تتكرر، ولذلك فإن الذي يقلق عند الترفيع ويأخذ فترة طويلة في التكيف مع وظيفته الجديدة فالأولى به أن يتعامل مع قلقه بطريقة علمية وليس بالإنسحاب، والطريقة العلمية لا تعني توقع الضمان بعدم الوقوع في الخطأ، فالكمال لله وحده، وإن الترفيع يعني زيادة المسؤوليات، وليس بالضرورة زيادة العمل، وإذا لم يستطع المترقي السيطرة على العمل فلا بد له من طلب المساعدة، وهذا يعني لجوءه إلى الطبيب المختص، وليس إستعماله لمهدئات أو مؤثرات عقلية قد توقعه في مشكلة وأزمة أخرى، وقد يتكرر الترفيع عند بعض الأشخاص كلما إنتقل إلى مستوى أعلى في السلم الوظيفي، وقد يحتاج إلى مساعدة في كل مرة من المرات وبعض حالات القلق البسيطة التي ترافق الترفيع قد يستطيع الفرد تخطيها لوحده إذا علم أن هذه حالة مؤقتة، وعرف كيف يتعامل معها بأسلوب صحيح، ووضع حدوداً للدقة التي وضع نفسه بها.

28-قلق الخطوبة :

الزواج من أهم القرارات في حياة الإنسان، وقد درجت المجتمعات عبر العصور على إتخاذ طقوس معينة للخطوبة والزواج، كانت على الأغلب تريح العروسين من إتخاذ القرار، وهذا

ما كان سائداً في المجتمع العربي حتى فترة وجيزة، وفي بعض أجزاء هذا المجتمع، أما الوضع الحالي فقد تغير في المجتمع، وهناك قطاعات من الناس ما زالت تقوم بترتيب الزواج وإختيار العروس دون تدخل الرجل وهناك هامش من الحرية في التعارف وفي بعض قطاعات المجتمع أصبحت الخطوبة والزواج على النمط الغربي من التعارف والحب والإرتباط والزواج.

ووسط هذه المتغيرات فلا بد من الصعوبات ومنها: أن الشاب لا يمانع في الخروج والتعرف على فتيات بقصد التسلية، ولكن عند الزواج يطلب من والدته وذويه أن يجدوا له الفتاة المناسبة، وهذه خدعة لتلك الفتاة التي إعتقدت أن تعرفها عليه قد وضع قدمها نحو الزواج به، ثم تكتشف أنها للصداقة فقط وليس للزواج، ويبدأ الشاب هنا بالصراع والقلق الشديد، إني أعرف فتاة منذ سنوات أو معجب بفلانة ومحب لفلانة، وكيف أتزوج من الفتاة التي لم أعرفها ولم أراها في حياتي سوى ساعتين، وتلك الفتاة المتحررة كيف ستقبل بعريس جاء ليخطبها من ذويها وهي لا تعرفه مسبقاً، وأمام هذه الأزمات تتطور صعوبات تأخر زواج الشباب والفتيات، و من ثم فشل الزواج إذا تم، والجانب الآخر في الزواج أنه فترة في عمر الإنسان لا يسيطر فيها على كافة أوراق اللعب، فالقرار ليس قراره منفرداً والترتيبات ليست بالدقة والصورة التي يرغبها أو ترغبها، ثم إن النتائج لا ضمانة عليها،

ممـــا يجعـــل الأشـــخاص الـــدقيقين ذوي الشخصـــية الوسواســـة الحساســة، غــير قــادرين علــى إســتيعاب هــذا الكــم مــن علامــات الإستفهام وصعوبة التأكد من أي شيء، فإما أن يتراجع الشاب أو الفتاة وهذا يتكرر مراراً مما يجعل أمر الزواج أشبه بالمستحيل عند الشباب، وتتطور لديهم أعراض القلق النفسي، وخصوصاً التردد والتجنب ومن ثم الإنسحاب والإكتئاب وفقدان الثقة بالنفس.

كمـا أن متطلبـات الخطوبـة قـد أخـذت بالإزديـاد وأضـيف إليها الكثير من المتطلبات الحديثة التي لا يقدر عليها شاب خريج في بدايـة طريقـه في الحيـاة، وذلـك مـن حفـلات خطوبـة وزواج، وإسـتعمال القاعـات والتصـوير، والسـفر وشـهر العسـل، والبيـت المنفصـل الكامـل، إلى مصـاريف نثريـة مـن التجميـل والـذهب والولائم وغيرها، وتظهر مسؤولية المجتمع بشكل عام والقائمين علـى التربيـة وقيـادات المجتمـع المدني بالإنتبـاه إلى الضغوط الـتي تقع على كاهل الشباب، ولا بد من محاولة مساعدة الشباب على التعارف ضمن الإطار الأسري، وبرعاية الأسرة وحمايتها لتقليل الرهبة والقلق لدى الفتاة والشاب، كما أن تعارف الأسر يساهم أيضاً في ذلك، وإذا وجد الشاب أو الفتاة نفسه مرتبكاً غير قادر علـى إتخـاذ القـرار وغـير قـادر علـى الإسـتمرار في الخطوبـة لـيس لأسباب موضوعية وعملية واضحة، بل لرهبة وخوف غير مبرر، فإن هذا يعني أنه وصل إلى قلق يتطلب المداخلة العلاجية.

29- القلق والإبداع :

لقد تم التطرق إلى العلاقة التي تجمع القلق مع الإنجاز وقد وصفت بالطردية، إلى نقطة ما تنقلب فيها العلاقة إلى العكسية عند تضخم القلق وتأثيره المربك على الأداء.

الإبداع أمر آخر، والمبدع هذا الشخص القادر على إبتكار الجديد وصناعة اللامألوف يبقى متوجساً ومأخوذاً بعمله الإبداعي. ولسنا نعني أبداً أن المبدع شخص مأزوم ومحاصر بقلقه، وأنه منشطر على نفسه ومشتت التفكير والإتجاهات، أو أنه طوباوي المظهر والسلوك "لا سمح الله"، والراسمين لأنفسهم هذه الصفات هم حقيقة مدعو إبداع وليسوا مبدعين، بل ما نعنيه هو حال القلق الداخلي العاصف، التي تسبق وترافق القلق الإبداعي وموجاته المتلاحقة، وأن للسفينة أن تصل إلى مينائها لولا تلاطم موج البحار ومهارة البحار الذي يوجه دفته بحكمة ويستثمر قلق الموج إلى حيث يريد؟

إن دقة المبدع ودوافعه المستبدة به نحو الإبداع؛ يمكن فهمها على أنها مكافحة ذاتية مرهقة لإعطاء شكل مضمون بناء، تعبيراً عن إرهاصاته الذاتية وإنفعالاته الخارجية، والفلسفة الإغريقية أجادت في وصف هذه الحالة إجادة صعب معها التعديل أو الإضافة مع مرور العقود وتغيّر المعطيات، وهذا الوصف يتحدث تفصيلاً عن جانب أسود في النفس الإنسانية، ولكنه جانب يكره لونه

ويتمنى لو يحيله إلى الأبيض الجميل المتألق الذي يخطف الأبصار.

وبما أن النزعة الإنسانية السوداء تتمنى ضدها(على مبدأ والضد يظهر حسنه الضد)، فإن التنفيس الإبداعي هو الحل المتاح لهذه المعضلة، وبواعث هذا الإبداع حال قذفه يترافق مع موجات من القلق والغضب وربما العدائية المضبوطة كمنتجات مسيطر عليها، وكأننا نقول أن البناء والهدم لهما نفس الأصول في النفس، ولكن تختلف من شخص إلى آخر بفارق سيادة البناء على الهدم أو الهدم على البناء.

وهكذا فإنه كلما تعمق الصراع وإضطراب القلق في النفس الإنسانية كلما كانت الحاجة الداخلية ملحة نحو الإبداع، وعليه فإن المبدع لا يولف فقط إرهاصاته الداخلية بل إرهاصات مجتمعه ومحيطه ومناحي التناقض وعدم الإنسجام الخارجي لينقله إلى شكل إبداعي رائع.

وكحال الكناري المكتوب عليه العيش في منجم فحم، يستشعر المبدع الخطر، الصراع والظلال الثقافية ويحاول أن يسكبها في إطار إبداع يعطيها تعبيرات ذات معنى وذات حياة.

"كلنا نحوي بذور القلق والتعقيدات النفسية وهنا لا يكمن السؤال، بل السؤال هو هل نحن من يمتلك هذا القلق أم هو الذي يمتلكنا ؟" هذه العبارة الشهيرة هي "ليونغ"، وهو يتفق

مـــع" فرويـــد" في مضـــمون الـــدفاعات النفســـية وأهمهـــا التسـامي(Sublimation)، وتطبيقـاً فـإن المبـدع يقـاتـل بضـراوة مـن أجل أن يعبر عن نفسه إبداعياً "لا" تهديمياً، ويبقى الخيار الواعي للإنسان بالإتجاه بنوازعه وأفكاره نحو الخير والنور، أو نحو الشر والظلام، والمبدع سواء أكان ممثلاً أو موسيقياً، أو رساماً أو شاعراً أو روائياً، أو مكتشفاً أو مبدعاً في عمله وتخصصه أو حتى ذلك الذي يعيش الحياة الإعتيادية بإبداعية ونهج خلاّق، كل هؤلاء الناس تساموا في نزاعاتهم الذاتية وقلقهم ليصنعوا منها تعبيرات تضج روعة لا ضعفاً، ضياعاً لا حريقاً، وعملاً خارجاً عن المألوف لا خارجاً عن الأصول.

وخلال العملية الإبداعية يدخل المبدع في حالة هي أشبه ما توصف كحالـة وسـيطة بـين اليقظـة والنـوم، ويسـمح خلالهـا صاحب الإبداع بتلقـي كمه الكبير من الحدس والأفكار والخيال والعواطف المتداخلة وأهمها القلق، ولكنه في نفس الوقت يضع سيطرة واعيـة عليهـا، ليحيـل هـذه المـواد الخـام المحتويـة علـى الجميـل وعلـى القبـيح إلى مـواد إبداعيـة مكنونهـا اللاوعـي العشوائي، ولكنها منسوجة بتنظيم الوعي الكامل.

من الدقة أن ننوه أن ليس كل عملية إبداعية تترافق مع القلق، ومن المؤكد أيضاً أن ليس كل مبدع يشوبه القلق، ولكن من كل العواطف الضاجة خلال حالة الإبداع يمثل القلق أهمها

على الإطلاق، كونه أكثرهم ترافقاً وحميمية مع الإبداع.

القلق "بحد ذاته" عاطفة غير مريحة، ونسعى جميعاً لتفاديه والإبتعاد عنه لو كان الأمور على هوانا، ولكن هيهات؛ فالقلق يمتد علينا كإمتداد الهواء مهما كان ذكاء هروبنا منه، كتعاطي الكحول والمخدرات واللجوء إلى القمار والإسراف في العمل هي بعض الوسائل الذاتية غير الصحية والمضرة للخروج من دوامة القلق، هذا هو الهروب لا المواجهة.

الإبداع والعمل الخلاّق تمثل"مواجهة إنتاجية" مع القلق، ذلك أن الشحنة المزعجة تتفرغ بإعطاء المعنى من ورائها، وينتج العمل الإبداعي كتعبير ذاتي أخرج خبرة إنسانية يتشارك فيها الجميع وتصب في تراكم المجموع الثقافي الإنساني، وهنا تكمن مكأفاة تحقيق الذات للشخص المبدع.

ولا يعمل القلق فقط على تحفيز النشاط الإبداعي، ولكنه يرافق مسيرة وتطور العمل، ذلك أنه من أجل أن تحقق مواصفات الإبداع فعلى المبدع جلب وصناعة الجديد والخلاق إلى الحياة، وأن يحصد نتاجاً له نكهة خاصة، أصيل في النفس وثوري في المنهج والمعنى، ولهذا فعلى المبدع تحمّل الخطورة المحتملة لهذا التجديد، وخطورة الإستهزاء، وخطورة عدم التقدير،و خطورة الإخفاق وخطورة الرفض.

على هذا "فالإبداع الحقيقي" يحتاج إلى كم غير محدود

من الشجاعة والجرأة، بإعتبار المبدع لا يعلم تحديداً عن التوقعات المستقبلية لما يقوم به الآن.

وما أن يضع المبدع نفسه في الخط الذي إرتضاه وإلتزم به وهو غير موثوق وغير محدد في بداية العمل، حتى يكون مهاجماً بإشارات الشك وعدم التشجيع والقنوط وإلقاء اللوم والنقد، ومن منّا تحت هذه الظروف يكون بمناعة ومأمن من القلق؟!

الهروب من ضغوط العملية الإبداعية مدعاة للراحة والإسترخاء، ولكن مع تقديم التنازل عن المجد والخلود، وأما الإستمرار فهو معاناة شاقة، والقلق أساسها ولكنها المقدمة الضرورية نحو المجد والعطاء والتميّز، للإبداع مستحقاته الأساسية ولمن وضع نصب عينيه الإبداع أن يختار.

30-إضطراب عقبى الكرب الرضحي :

(Post -Traumatic stress Disorder)

أو إضطراب ما بعد الشدة:

إن إضطراب عقبى الكرب هو إحدى إضطرابات القلق، ويشترط في تسمية هذا الإضطراب وجود توتر أو شدة (Trauma)، وهذا الكرب يمكن أن يصيب الإنسان نتيجة الإعتداء الجنسي أو الحوادث الخطرة الفردية و الجماعية كحوادث السير، أو الحرائق أو الكوارث الطبيعية: كالفيضانات والزلازل، وأحياناً يكون

الشخص شاهداً على هذه الأحداث وليس متأثراً مباشرة، مثل أن يرى شخص يُقتل أو يضرب أو يعذب دون أن يكون هناك خطر على الشخص نفسه، ويمكن لهذا الإضطراب أن يكون قصير المدة أو طويل، وعادة ما يحمل الحادث طابع الخطورة لحياة الشخص، أو الآخرين وعادة ما تكون إستجابة المريض هي الخوف الشديد والرعب والشعور بالعجز والإستسلام، والإضطراب يتميز بإسترجاع الحدث والتخيل والأفكار، كما يمكن أن يكون إسترجاعه عن طريق الأحلام والكوابيس، وكثيراً ما يتصرف المريض ويشعر أن الحدث قد تكرر، وعادة ما يسترجع الحدث عندما يرى مثيرات تشبه الحدث أو ترمز إليه أو متعلقة به، ويشعر المريض بأعراض القلق والخوف عند إسترجاعه لتلك الخبرات، ويؤدي هذا إلى تجنب المثيرات المرافقة للحدث، وتبلد المشاعر وعدم القدرة على التعبير عن العواطف، و تصبح إهتماماته الحياتية ضيقة و ضعيفة، والنظرة إلى المستقبل دون تخطيط،وتتولد أعراض أخرى مثل: عدم القدرة على الإستغراق في النوم وصعوبة التركيز أو سرعة الإستثارة وشدة التنبيه، كما يمكن أن يصاب المريض بنوبات غضب شديدة، إن هذه الأعراض يجب أن تستمر لمدة شهر على الأقل حتى نطلق على هذه الأعراض مسمى إضطراب عقبى الكرب.

إن السيرة المرضية الطبيعية لهذا الإضطراب أنه ربما

يختفي بعد فترة من الزمن، وممكن أن يصبح مزمناً، ويصاحبه إضطرابات نفسية أخرى، وعادة ما يترافق إضطراب القلق العام مع إضطراب عقبى الكرب في خمس الحالات وربما يسبق حصول الإضطراب ظهور إضطرابات القلق، أو الإضطرابات المزاجية و الوجدانية، كما أن إضطراب عقبى الكرب يتميز بوجود إضطرابات الطفولة، من حيث تعرض هؤلاء الأطفال للكرب الناجم عن الإعتداء الجنسي، وإساءة المعاملة وغيرها، وأحياناً يتميز الذين يصابون بإضطراب عقبى الكرب بالحساسية الزائدة والميل إلى الخوف ولديهم تاريخ يتميز بالمخاوف أثناء الطفولة.

هذا الإضطراب يعالج بعد التقييم الجيد للمريض، والإطلاع على التغيرات الموجودة في الحالة مثل: شدة الإضطراب وزمنه ومدى تكراره ومدى تأثيره على حياة المريض: من حيث المهنة والعائلة والأحوال الشخصية، ومن الأهمية بمكان أن نتصرف مع الإضطرابات النفسية المصاحبة، وغالباً ما تكون هذه الإضطرابات إما إكتئاب أو قلق بالإضافة إلى سوء إستخدام المؤثرات العقلية والعقاقير الخطرة والكحول، والتي قد يستعملها المريض في محاولة لتخفيف الأعراض، هذا وقد إستعملت مضادات القلق منذ زمن لعلاج هذا الإضطراب فقد، إستعملت أدوية (البنزوديازيين) بمختلف أشكالها، ومن الممكن أن تؤدي إلى التحسن، ولكن خطورة الإستمرار والإعتماد عليها تجعلها من

الأدويــة غـير المسـتحبة إلا لفـترات قصـيرة، أمـا الأدويـة المضـادة للإكتئـاب ومنهـا: مثبطـات أحـادي الأمـين، فقـد أدت إلى نتـائج جيـدة، ولكـن هـذه الأدويـة المعروفـة بكثـرة إختلاطاتهـا الغذائيـة والدوائيـة، إنحصـر إسـتعمالها في العـالم بشكل كبير بعـد ظهـور الأدوية الأكثر فعالية وأقل في الأعـراض الجانبيـة، مثـل: مضـادات الإكتئاب المانعة لإمتصاص السيروتونين (SSRI)، و تلـك المانعـة لإمتصـاص السـيروتونين والأدرنـالين (SNRI)، والـتي سـبق أن تم ذكرها في علاج القلق.

كمـا أن للعـلاج النفسـي دوراً مهمـاً في عـلاج عقبـى الكـرب، وهذا يعود لفترات طويلة من العلاج، مع أن عقبى الكرب لم يدخل في التصـنيفات الطبيـة إلا عـام 1980، عنـدما تم إدخالـه في التقسيم الأمريكي، إلا أنـه موجـود منـذ زمـن طويـل، وقـد أطلقـت عليه أسماء عديدة ومتنوعة في السنين السابقة، وإستعملت وسائل كثيرة في معالجته منها: التحليل النفسي والتفريـغ الإنفعـالي، أمـا في السنوات الأخيرة وبعـد أن تم تحديـد التشـخيص بأسـلوب أوضح فقد تطور الأسلوب العلاجي النفسي وأطلق عليـه التفريـغ الإنفعـالي (Debriefing)، ويتصف هذا الأسلوب بأنه أسلوب وقـائي بالمقـام الأول، ويطبـق علـى الأشـخاص الـذين يتعرضـون للكـرب الشـديد، أو المصـائب و الكـوارث سـواءاً كانـت جماعيـة كـالزلازل والحـروب والحريـق، أو فرديـة كـالتعرض للإصـابات والقتـل

والإغتصاب، وغيرها من المشاكل التي يتوقع المختصون أنها ستؤدي إلى إضطراب عقبى الكرب، وبالتالي فإن فريقاً مدرباً من العاملين النفسيين يقوم بمساعدة من تعرضوا للكوارث بحيث يتم تفريغ إنفعالي سريع، وهذا يمنع من حدوث إضطراب ما بعد الصدمة بنسبة 50٪ على الأقل، ويعتبر هذا نوع من العلاج الوقائي بمراحله الثلاثة :

التفريغ الإنفعالي : (Debriefing)

تهدف هذه المعالجة إلى مايلي :

أولاً: إستيعاب الصدمة أو الكرب عن طريق التنفيس عن المشاعر وردود الفعل عما حدث، والربط بين الحدث وردود الفعل النفسية والفسيولوجية، والتقليل من الإحساس بأن الإستجابات كانت مبالغة أو فريدة.

ثانياً: مساعدة الشخص على فهم الحدث بأسلوب عقلاني.

ثالثاً: تطوير القدرة على إستيعاب الحدث.

رابعاً : منع حدوث أعراض شديدة ومزمنة.

خامساً: إعطاء الدعم الجمعي من خلال العلاج الجمعي.

سادساً : تفسير ما هو السواء واللاسواء بالنسبة للإستجابة.

سابعاً: تحسين القدرة على إكتساب المهارات التي تتعلق بالتأقلم، ويتم ذلك بتعليم المريض الإسترخاء وطرق خفض القلق والإسراع في عملية التوازن النفسي لما قبل الحدث،

وتشتمل مراحل التفريغ الإنفعالي على إعطاء الشخص تقرير عن الحادث حسب التسلسل الزمني، والتركيز على الأحاسيس أثناء الحادث مثل البصر والشم والسمع، والإنطباعات الذهنية والبصرية عما حدث، ومشاعر الفرد والضحايا والزملاء عن إستجاباتهم للحدث، والتكلم عن الحدث بالتفصيل عن الأعراض وإشارات الشدة والكرب، والمساعدة على تحدي مشاعر المسؤولية والذنب عن الحدث، والتدرب على كيفية التعامل مع مثل هذه الأحداث في المستقبل مع نفسه ومع الآخرين، وكيف يتلقى هو والآخرين المساعدة أين ومتى إن لزم الأمر، كما يتطلب الأمر إعطاء توصيات نهائية وتخصيص جلسات التفريغ الجماعي، ويمكن أن يكون التفريغ فردياً أو جماعياً وكلما تم سريعاً بعد الحدث كلما كان أفضل.

31-أعراض الأمراض النفسية

هناك مجموعة من الأعراض التي يشكو منها المريض أو يلاحظها عليه أقاربه والمحيطون به، وعندما يقوم الطبيب النفسي بتقييم الحالة النفسية والعقلية للمريض فإنه يأخذ هذه الأعراض بعين الإعتبار ليحدد وجود إضطرابات في التفكير، العواطف، الإدراك، أو أي وظيفة من الوظائف العقلية والنفسية.

إضطرابات الإدراك : (Disorders of Perception)

الإدراك : هو قدرة العقل على تمييز ما يصله من أحاسيس، وقد يتأثر الإدراك في الأمراض النفسية بعدة أشكال أهمها الإنخداع والهلس.

الإنخداع: (Illusion)

هو الخطأ في إدراك وترجمة شيء حقيقي وموجود مثل: الإعتقاد بأن الحبل ثعبان، وأسباب الإنخداع هي الإنفعالات الشديدة سواء في الصحة أو المرض مصحوبة بعدم وضوح الأحاسيس، والإنخداع شائع في حالات الهذيان.(Delirium)

الهلس (الهلوسة): (Hallucination)

هو إدراك لشيء غير موجود، وأسباب الهلس متعددة، فإما أن تكون ناتجة من إضطرابات الوجدان أو الفصام، وبعض الأمراض العضوية في الدماغ، كما أن بعض الأدوية قد تؤدي إلى الهلس، كما أن بعض أمراض العين والأذن قد تؤدي إلى الهلس.

أنواع الهلس :

1-الهلس السمعي: (Auditory Hallucinations)

قد يكون على شكل ضجيج أو أصوات غير مفهومة، كما يمكن أن يأخذ شكل الكلام الواضح وقد تتحدث هذه الأصوات عن المريض بصفة الغائب (هو أو هي) أو توجه الكلام له بصفة المخاطب وتناديه بإسمه أو تقول له أنت،وفي أحوال أخرى تكون

الأصوات على شكل تعليق مستمر على كل ما يفعله المريض، أو أن يسمع المريض أفكاره كالصدى.

2-الهلس البصري: (Visual Hallucinations)

قد يرى المريض ومضات ضوئية، أو أشكال منتظمة، وفي بعض الأحيان مشاهد كاملة، كما قد يكون الهلس البصري مصاحباً لحالات الذهان العضوي الذي يؤدي إلى إضطراب الوعي، كما تحدث أحياناً في الفصام وفي الذهان الصرعي، وهناك بعض الأنواع الغريبة للهلس البصري مثل: أن يرى الإنسان نفسه.

3-الهلس الشمي(Olfactory Hallucinations)

يشكو المريض من رائحة غاز سام أو يشكو مريض الإكتئاب الشديد من أن له رائحة كريهة،هذا وقد تبدأ نوبات الصرع الصدغي بالشكوى من رائحة كريهة.

4-الهلس اللمسي: (Tactile Hallucinations)

وأهمها الإحساس بوجود حشرات تزحف على الجسم وتحت الجلد مثل بق الكوكائين الذي يحدث في حالات تسمم الكوكائين، والشكل الآخر للهلس اللمسي هو الهلس الجنسي.

يختلف رد فعل المريض طبقاً لنوع الهلس والحالة المرضية، فمثلاً تمتاز الحالات العضوية بالخوف الشديد، بينما يعتقد مريض الإكتئاب أنه يستحق توبيخ الأصوات، وأما مريض الفصام فقد يغضب من الأصوات وقد يهاجم شخصاً ما على

إعتبار أنه مصدر الصوت، وفي حالات الفصام المزمن يقل إهتمام المريض بالهلس، خصوصاً عندما تتولد عنده البصيرة المرضية ويعامل الأصوات على أنها أوهام.

إضطرابات التفكير :(Disorders of Thought)

1- **إضطرابات في مجرى التفكير (Disorders of Stream of Thought)**

أ. تثبيط التفكير: (Thought Retardation) تتابع الأفكار ببطئ في الإكتئاب.

ب. ضغط الأفكار: (Pressure of Thought) يحس المريض المريض أن أفكاره تسرع وتتسابق للخروج، وهذا يحدث في الهوس.

ج. تطاير الأفكار:(Flight of Ideas) في هذه الحالة تتتابع الأفكار بسرعة دون ترابط منطقي، بل تعتمد على القافية وشكل الكلام أو نغمته وهذا يحدث في الهوس، وقد يحدث في بعض حالات الفصام المتهيجة.

د. إحصار التفكير: (Thought Block) تتوقف الأفكار المتسلسلة فجأة، ويحس المريض أن عقلة قد أصبح فارغاً وكأن الأفكار قد إنمحت، ثم تبدأ فكرة جديدة ليس لها علاقة بحبل الأفكار السابق، وهذا التوقف من خصائص الفصام خصوصاً عندما يقترن مع سحب الأفكار، إذ يشكو المريض أن الفكرة قد أخذت منه فجأة.

ه. عدم الترابط: (Loose Association) وهنا لا يوجد أي إرتباط

بين الفكرة والتي تليها، وهذا يحدث في الفصام والهوس الشديد.

و. التفصيل الدقيق: (Circumatantiality) تتابع الأفكار ببطء مع إدخال الكثير من التفاصيل التافهة والدقيقة، ولكن النقطة المقصودة في الكلام يمكن الوصول إليها في النهاية، وهذا شائع في بعض مرضى الصرع والأشخاص ذوي الذكاء البسيط والشخصيات الوسواسية.

ز. الوظوب: (Preservation) وهذه تصنف أيضاً تحت إضطرابات الكلام، وفيها يكرر المريض الفكرة بعد أن تكون الحاجة إليها قد إنتهت.

2- إضطرابات في ملكية التفكير: (Possession of Thoughts) :

أ. الوسواس(Obsessions) أفكار كريهة متكررة رغماً عن المريض تضايقه وتقلقه، يكون المريض متأكداً أنها أفكاره الخاصة وأنها سخيفة ويبذل جهداً في مقاومتها.

ب. إغتراب الأفكار : (Thought Alienation):

- سحب الأفكار: (Thought withdrawal) تنزع الأفكار من عقله رغم إرادته.
- غرس الأفكار : (Thought Insertion) تزرع الأفكار في عقله رغم إرادته.
- إذاعة الأفكار: (Thought Broadcasting) يعتقد المريض أن

كل الناس تعرف أفكاره، وكأن هناك بث إذاعي من عقله للعالم أجمع.

ج- إضطرابات في محتوى التفكير (Disorders of the Content of Thought)

1- التوهم: (Delusion)

إعتقاد خاطئ لا يمكن زعزعته بالأساليب المنطقية ونتج عن عمليات مرضية في عقل المريض، ولا يتمشى مع خلفيته الثقافية والإجتماعية والتعليمية، ويعتبر التوهم أولي إذا لم يكن ناتجاً عن ظاهرة مرضية أخرى، أما التوهم الثانوي فهو الناتج عن الإكتئاب الشديد أو الشك وغيرها.

- ويقسم التوهم حسب محتواه إلى :

1- التوهم الزوري :(Paranoid Delusion) الأساس فيها وجود إضطراب في العلاقة بين المريض والعالم حوله ويشمل على شقين:

- التوهم الإضطهادي: (Persecutory Delusion) يعتقد المريض أنه مضطهد من قبل أفراد أو جماعات أو دول، و يحدث هذا في الفصام والإكتئاب.

- توهم العظمة: (Grandiose Delusion) يعتقد المريض أنه شخص مهم، أو رسول، أو رئيس، أو الله عز وجل وغالباً ما تشاهد في الفصام والهوس.

- وفي حالات الفصام والذهان الزوري تجتمع توهمات العظمة والإضطهاد.

2- توهم الإشارة للنفس: (Delusion of Reference) يتوهم المريض أن الناس تنظر إليه وتتكلم عنه، حتى أن الصحافة ووسائل الإعلام تلمح وتشير إليه، غالباً ما تكون الإشارة فيها إساءة وإستهزاء، وتحدث في الحالات الفصامية والإكتئاب وفي حالات الذهان العضوي.

3- توهم المراق : (Hypochondriacal) يعتقد المريض أنه يعاني من السرطان، أو من مرض القلب أو أي مرض خطير آخر، ولا يمكن زعزعة هذا الإعتقاد بأي أسلوب منطقي، وغالباً ما يرى هذا التوهم في الإكتئاب والفصام.

4- توهم الذنب:(Delusion of Guilt) يعتقد المريض أنه شرير ومجرم وينسب لنفسه الكثير من الجرائم والآثام التي لم يرتكبها، ويعتقد أنه يستحق العقاب، وقد يسلم نفسه لجهات الأمن، وهذا يحدث عادة في حالات الإكتئاب الشديدة.

5- توهم الفقر: (Delusion of Poverty) يحدث نادراً في مرض الإكتئاب إذ يعتقد المريض أنه فقير معدم، وأن ثروته قد ضاعت رغم أن كل الأدلة تشير إلى عكس ذلك.

6- توهم العدم: (Nihilistic Delusion) ويحدث في الإكتئاب الشديد حين يعتقد المريض أن قلبه أو عقله قد توقف، أو

إختفى أو أنه ميت، وفي بعض الأحيان يجزم أن الحياة على الأرض قد توقفت.

د- إضطراب في شكل التفكير: (Disorders of the Form of Thought) ويقسم إلى :

- النوع السلبي أو فقدان القدرة على التجريد: (Abstract Thinking) مثل: فهم معنى المثل الشعبي المقصود وهذا شائع في الفصام.
- النوع الإيجابي: وهو مميز للفصام يبدأ بضعف الترابط بين الأفكار ثم إختراق فكرة لأخرى وإنحراف التفكير، وضعف الحدود بين الأفكار أو إندماج الإفكار مع بعضها البعض، وينتهي بكلام غير مفهوم على الإطلاق.

إضطرابات الذاكرة: (Disorders of Memory)

أ- النساوة الكاملة: (Amnesia)

- النوع النفسي : تحدث في حالات القلق الشديدة، منشأؤها كظم المعلومات في اللاوعي، ويحدث إنحسار في درجة الوعي والإنتباه، وفي هذه الحالة تسمى نساوة هستيرية، ولكن إدعاء النساوة أكثر شيوعاً.
- النوع العضوي : ضربات الرأس والنوبات الصرعية والحالات العضوية الحادة قد تؤدي للنساوة.
- نساوة السابق:(Retrograde Amnesia) تمتد في الزمن من

نقطة معينة للأحداث السابقة.

- نساوة اللاحق:(Anetrograde Amnesia) تبدأ من نقطة معينة وتمتد لفترة بعد الحدث يكون الشخص فيها بكامل وعيه.

ب- عيوب الذاكرة النوعية :

- فشل في التسجيل : وهذا ما يحدث في حالة ذهان كورساكوف.
- فشل في الإستعادة :وهذا يحدث في حالات القلق والإرهاق وأمراض الدماغ العامة والبؤرية.
- التخريف: (Confabulation) يعطي المريض وصفاً مفصلاً لأشياء سابقة كلها خاطئة، وهذا يحدث في ذهان كورساكوف وبعض حالات الفصام المزمن.
- تشويه التمييز : سبقت رؤيته (Déjà vu)، وسبق عيشه (Déjà vecu)، يعتقد الشخص أنه قد رأى أو جرب الموقف قبل ذلك، وهو يحدث في الناس الطبيعيين كما يحدث في الصرع الصدغي.

إضطرابات الوعي : (Disorders of Consciousness)

الوعي: هو حالة إدراك الذات والبيئة المحيطة، وقد تتأثر درجة الوعي مما يؤدي لأعراض مختلفة مثل ضعف الإلتقاط

والإنتباه وتعني: عدم القدرة على فهم ما يدور حوله أو متابعة الإدراك والمفاهيم، وهذا يؤدي لضعف الإحتفاظ بالمعلومات وتباطؤ التفكير ونقص النشاط، كما أن الإهتداء للمكان و الزمان والأشخاص يتأثر بنقص درجة الوعي.

مستويات الوعي : من الممكن أن نصف ثلاثة مراحل بين الوعي الكامل وبين السبات، وتحدث نتيجة لتدهور الوظائف الدماغية وخصوصاً في أحوال السمية وتدمير الدماغ، وعادة ما يمر المريض من مرحلة إلى أخرى، كما يستعيد الوعي بشكل عكسي، ولكن السرعة قد تتفاوت حسب السبب.

وهناك ستة اضطرابات في الوعي على النحو التالي:

1- تغييم الوعي (Clouded Consciousness) تتباطأ كل العمليات ويصبح التفكير صعباً، والإنتباه لا يمكن إستمراره، ويقل الإلتقاط والفهم، ويفتقر المريض للدوافع، ويكون سريع التعب والملل، وفي الحالات البسيطة تتأرجح درجة الوعي، وقد يكون من الصعب إكتشاف الحالة، وقد يستطيع المريض الإجابة على أسئلة قصيرة، ولكنه يفشل في الرد على الأسئلة المعقدة، ولا يمكنه إقامة حوار.

2- التخليط أو تحت الهذيان:(Confusion or Subderlirium) وهنا ينعدم الإهتداء ويصبح منفصلاً عن محيطه، ولا يفهم المريض إلا الأسئلة البسيطة جداً، ويكون رده مقتضب جداً، وإذا ترك

المريض فإنه سرعان ما ينام.

3- الهذيان:(Delirium) يزيد عن أعراض التخليط أن المريض يمر بتجارب غير طبيعية مثل: الهلس البصري، ويصاب المريض بالذعر، وقد يحاول الهرب: وتكون حركته غير منتظمة ولا موجهه، وقد يصبح كثير الحركة دون هدف، هذا وقد يقاوم أي محاولة لمنعه من الحركة بعنف شديد.

4- السبات:(Coma) تتدهور حالة المريض إلى أن تقل حركته ويسكن في سريره وقد يحرك يديه محاولاً مسك أغطية السرير، ويقل كلامه إلى التمتمة غير المفهومة، وفي النهاية يصل إلى السبات العميق حين ينعدم رد فعله لأي منبه.

5- الذهول (الفجري): (Twilight states) ينحصر الوعي ويسوده أفكار محدودة، أو أوهام أوهلس بصري، يكون السلوك العام للمريض مرتب، ولكن من الممكن أن يثأر، وقد تختفي الحالة فجأة وينسى المريض كل ما يتعلق بها، عادة ما تحدث هذه الحالة بعد النوبة الصرعية، وقد تنتهي بنوبة.

6- الشرود: (Fugue) حالة من التجوال والشرود مع فقدان الذاكرة، يكون فيها الوعي متأثراً بحالة عضوية أو بالقلق الشديد، و لايوجد ما يفرق هذه الحالة من الذهول الشفقي، وقد تحدث أيضاً في الكآبة الإنتحارية والهسترة، وفي بعض حالات الشرود يسافر المريض إلى بلد آخر، ويجد نفسه في مكان

غريب لا يعرف كيف وصل إليه برغم أنه إشترى التذكرة وإستقل وسيلة النقل.

إضطرابات النوم:

1- زيادة النوم:(Hypersomnia) وتحدث في أعراض الوطاء (Hypothalamus) والهسترة، كما تحدث في الشخصيات السيكوباثية عندما يمروا في مشاكل.

2- السبخ (النوم الإنتيابي): (Narcolepsy) ينام المريض فجأة وفي المكان غير المناسب، وقد يزيد الحالة أي إنفعال عاطفي.

3- الأرق:(Insomnia) من الصعب التأكد أحياناً من حقيقة شكوى المريض من الأرق، ولكن من المعروف أنه في حالات القلق يجد المريض صعوبة في بداية النوم، وفي الكآبة يصحو مبكراً في الفجر ولا يستطيع العودة للنوم، وفي بعض الأحوال يكون النوم متقطعاً بشكل مزعج وبعض المرضى يدعون أنهم لا ينامون على الإطلاق، وهذا إما أن يكون وهم أو مبالغة هستيرية.

4- الحرمان من النوم: (Sleep Deprivation) إذا لم ينام الإنسان لمدة تزيد عن 36 ساعة؛ فقد يؤدي هذا إلى الهلس والحالات الزورية، وهذا يحدث في الولادات المتعسرة ووحدات العناية المركزة، كماو يحدث في الإدمان على الإمفتامين.

إضطرابات الشعور والعاطفة :

1- الشعور: (Feeling) هو رد فعل إيجابي أو سلبي لتجربة معينة.

2- العاطفة :(Emotion) تعرف بأنها: الميل إلى أشياء تقيّم على أنها جيدة، أو الإبتعاد عن أشياء تقيم على أنها سيئة، ويصاحب هذا الميل أو الإبتعاد تغيرات وظيفية تدور حول الإقتراب أوالإبتعاد.

3- الوجدان:(Affect) هو التميز المفاجئ للعواطف لفترة قصيرة عالية، وغالباً ما يكون تفاعلي، وإذا شبهنا الوجدان بالطقس فإن المزاج هو المناخ، ولكن هاتين الكلمتين تستعملا للدلالة على نفس الشيء أحياناً.

4- المزاج :(Mood) وهي: حالة عاطفية لمدة تطول عن فترة الوجدان وتنصبغ فيها كل تجارب الشخص بالمزاج السائد.

تغيرات المزاج:

1- الإبتهاج :(Elation) وهي: حالة من الفرح المعدي، وتحدث في الهوس، وأما الشمق:(Euphoria) فهو: نوع من المرح والشعور بالعافية دون مبرر.

2- الإكتئاب: (Depression) الشعور بالكآبة يصبغ كل التفكير والنشاط، وتستعمل هذه الكلمة للتعبير عن الحزن العادي، كما تستعمل في أمراض الإكتئاب الشديدة.

3- القلق: (Anxiety) حالة وجدانية غير مستحبة من توقع حدوث مكروه دون التأكد من ذلك.

4- التوتر:(Tension) شد العضلات المرافق للقلق.

5- الهلع :(Panic) حالة من القلق الشديد الذي يصاحبه سلوك حركي مضطرب.

6- الرهاب: (Phobia) وفيه ينحصر القلق والخوف في مكان أو شيء أو فكرة معينة.

7- هيوجية أو نزقيه:(Irritability) حالة من تعكر المزاج وسهولة الإستثارة.

إضطرابات التعبير العاطفي :

1- عدم التفريق العاطفي:(Emotional Indifference) لا يظهر الشخص الإنفعال العاطفي المطلوب في موقف معين ويتصرف دون مبالاة.

2- اللامبالاة: (La Belle Indifferences) وهذه تميز التعبير العاطفي في حالات الهسترة؛ إذ لا تبدي المريضة أي إكترات بشلل أطرافها على سبيل المثال.

3- التقلقل العاطفي: (Emotional Liability) سرعان ما يبكي المريض وسرعان ما يضحك.

4- السلس العاطفي: (Emotional Incontinence) ينفجر

المريض باكياً أو ضاحكاً لأتفه الأسباب أو دون سبب.

5- تناقض التعبير العاطفي : (Inappropriate Expression of Affect) في مرض الفصام قد يضحك المريض عند ذكر مصيبة حلت به، وقد يبكي وهو يصف موقفاً سعيداً.

6- تبدد الشخصية: (Depersonalization) وفيها يحس الشخص وكأن شعوره قد تبدد وكأنه شخص آخر، وترافقها أحياناً أعراض تبدد الواقعية (Derealizaion)، وفيه يحس المريض وكأن العالم حوله قد تغير أو إبتعد، وتحدث هاتان الظاهرتان في الناس الطبيعيين، كما تحدث في العصاب والذهان.

7- الإرتباك: (Ambitedance) يحس المريض بحيرة مفزعة قد تكون ناتجة عن قلق، أو إكتئاب أو بداية فصام.

8- التناقض الوجداني:(Ambivalence) أن يكون لدى المريض شعورين متناقضين متساويين تجاه شيء ما، أو شخص معين كالحب والكراهية.

9- إضطرابات السلوك الحركي:(Disorders of Motor Behavior) إضطرابات السلوك الحركي قد تكون (ذاتية، أو شخصانية)، وفيها يكون إحساس المريض المصاحب للحركة هو مصدر الإزعاج، أما الإضطرابات (الموضوعية) فإننا نستطيع مشاهدة هذه الإضطرابات.

10- الرعاش:(Tremor) ويحدث في القلق، كما قد يكون ذا منشأ عضوي يزيد مع القلق، وأكثر الأنواع شيوعاً هو ما تسببه الأدوية المضادة للذهان.

11- العرة:(Tic) حركة سريعة راقصة في عضلات الوجه والرقبة والجزء الأعلى من الجسم، وقد تبدأ في حالات القلق، ويصعب تصنيفها تحت أي باب في الأمراض النفسية.

12- الصعر التشنجي:(Spasmodic Torticolis) وينتج عن تشنج عضلات الرقبة، ويؤدي إلى الإلتواء وينتج عن إضطرابات في الجهاز العصبي و يزداد التوتر النفسي.

13- الحركات رقصية الشكل: (Choreioform Moverments) حركة سريعة ملتوية تؤثر على الجسم وتبدو وكأن لها هدف.

14- الحركات النمطية: (Stereotypy) تتألف من تكرار حركات غير هادفة بطريقة منتظمة.

15- الطاعة التلقائية: (Automatic Obedience) وفيها ينفذ المريض أي حركة تطلب منه، وتحدث في الفصام الجامودي.

16- الصدى الحركي:(Echopraxia) يقلد المريض أي حركة يقوم بها الشخص الذي أمامه، وقد يصاحبها صداء لفظي،

وتحدث في الفصام والخرف.

17- الذهول:(Stupor) يحدث في الإكتئاب الجامودي والهسترة، يكون المريض مستلقياً أو جالساً دون حراك، ولا يستجيب لأي سؤال أو طلب، وأحياناً يتفوه بتمتمات غير مفهومة، وهناك نوع من الذهول العضوي الناتج عن مرض في الدماغ أو حالة سمية.

18- الإثارة:(Excitement) وفيها يكون المريض في حالة هياج وإثارة، قد تصاحبها أعراض الهوس، كالشبق وتطاير الأفكار، ويكون التشخيص واضح، إلا أن الإثارة قد تحدث في الكثير من الأمراض كالفصام والصرع وإضطرابات الشخصية.

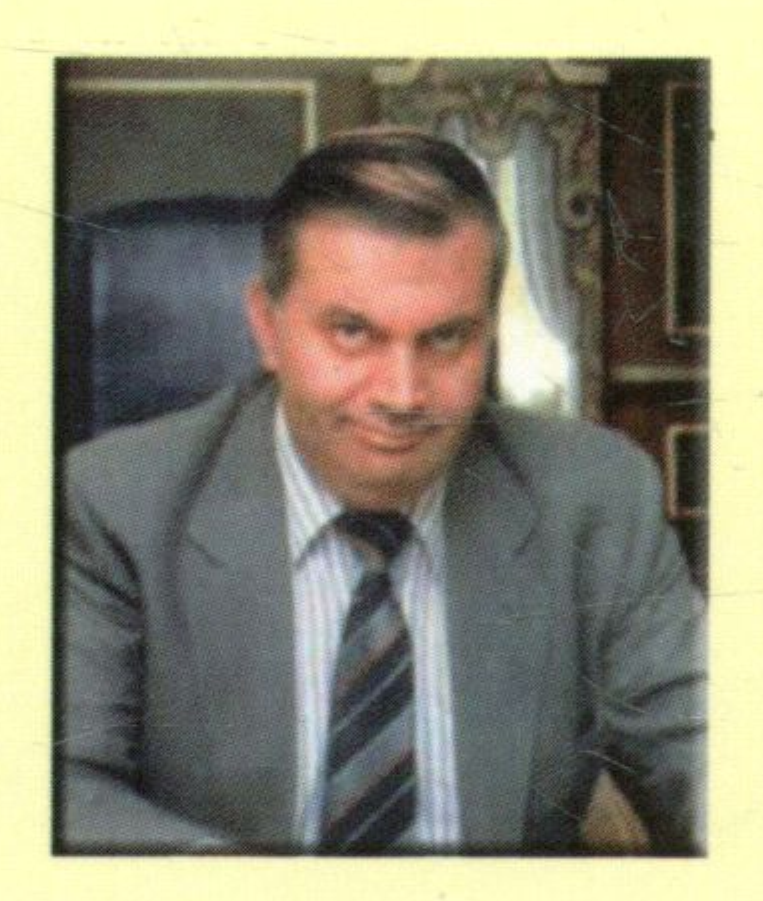
19- الخلفة: (Negativism) وفيها يقاوم المريض أي مؤثر خارجي على سلوكه، وتزداد مقاومته كلما إزدادت المحاولات، وهذا شائع في الفصام الجامودي.

20- إضطرابات الكلام:(Disorders of Speech) الصمت أو الخرس يحدث في حالات الذهول، وقد يكون فيه تصنع، وبعضهم يكتب ولكن يرفض الكلام، كما يحدث الصمت في الهسترة إلا أن الأكثر شيوعاً في الهسترة هو فقد الصوت.

21- التأتاة (Stuttering) وفيها يتوقف الكلام عن حرف أو مقطع يتكرر عدة مرات مما يعيق إنسيات الحديث.

References

* The Aniety and Phobia workbook 1995 new Horninger Publications , inc.
* V. Epen , G John , Management of post trumatic Stress disorder using the techique debriefing.
  The Arab Journal of Psychiatry 1997 Vol 8,22-31.
* Post-Traumatic stress disorder: Diagnosis , Management and Treatment.
  David Nutt et al.
  Martin Dunitz Ltd 2000.
* Psychotherapy with the Arab patient 1999 Kutaiba S. Chaleby and J. Racy.
  Publised by shawn McLaughlin /QSOV.
* The Jornal of Clinical Psychiatry Volum 62 2001 supplement 11.
* Psychiatry for primary care physicians: L.Goldman T.Wise D.Brody
  American Medical Association.
* Fundamental Neuroscience
  Second edition
  Squir , Bloon , McConnel , Roberts , Spitzer, Zignond
* Generlized Anxiety Disorder
  David Nutt. S. Argyropoulos , S.Forshall
  Martin Dunitz
* Anxiety in clinical practice
  A. Sims and P. Snaith
* Anxiety Disorder Comorbid with Depression
  D.Nutt A. Feecey S. Argyropolus
  Martin Dunitz.
* Textbook of Anxiety Disorder
  Edited D.Stein. E Hollauder
  American Psychiatric Publishing , Inc
  First edition 2002



د.وليد سرحان

مستشار الطب النفسي

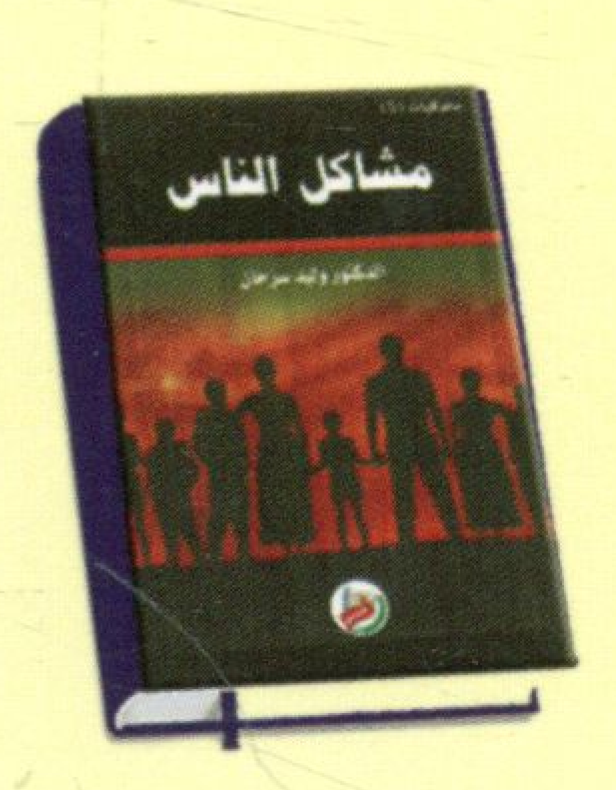
الويبدة بين وزارة التعليم العالي ودوار المنهل

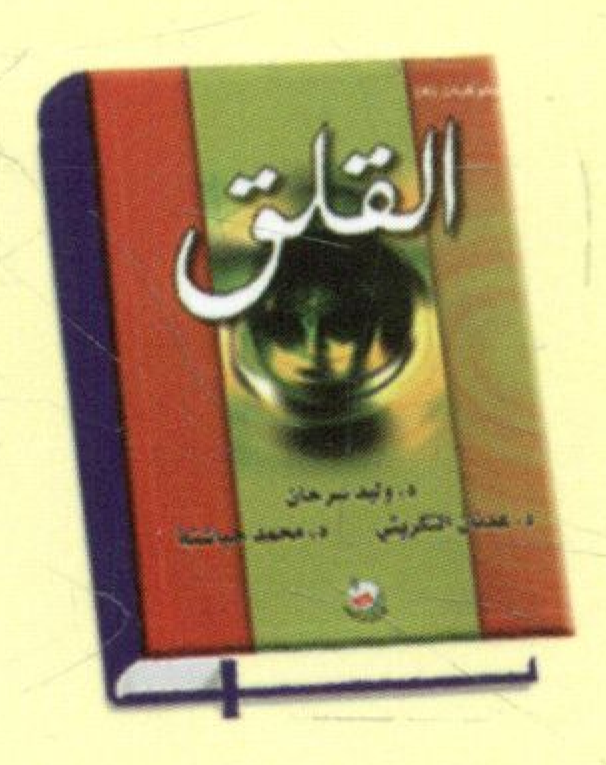
هاتف : 5335446 - خلوي 0796335446 - 0777220800

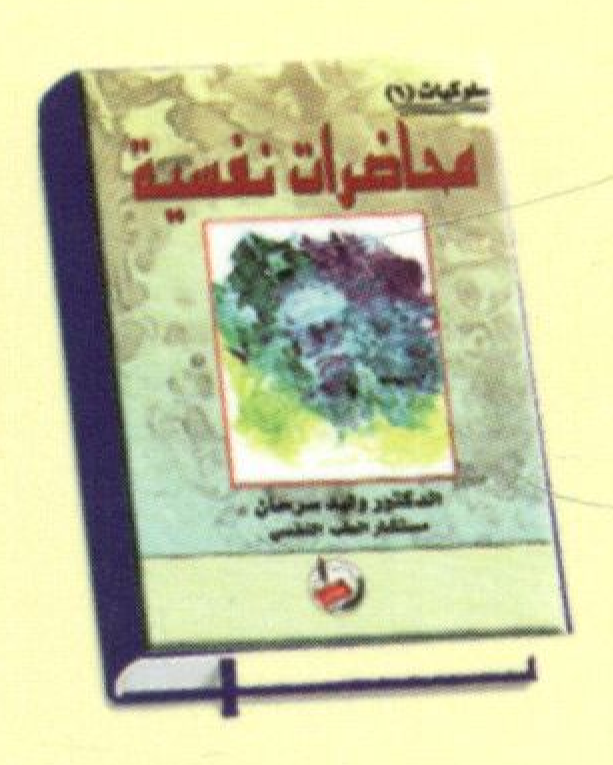
فاكس : 5349763 ص.ب. 541212

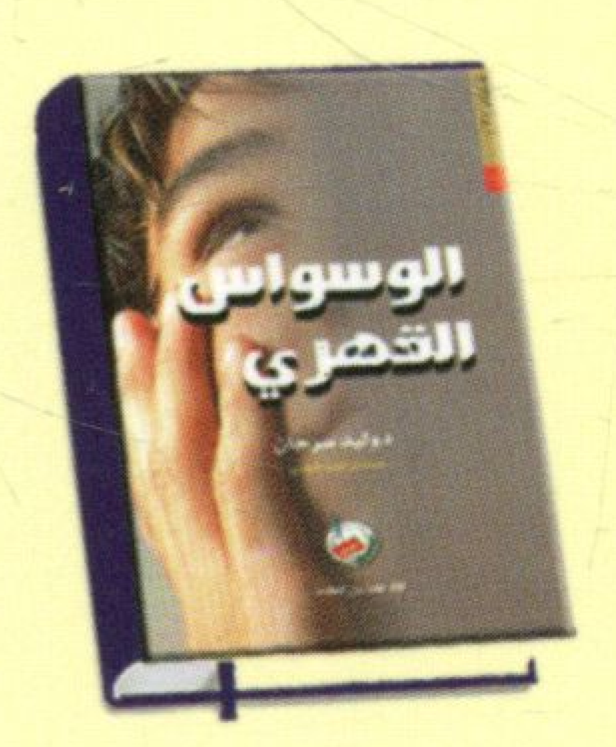
عمان 11937 الأردن

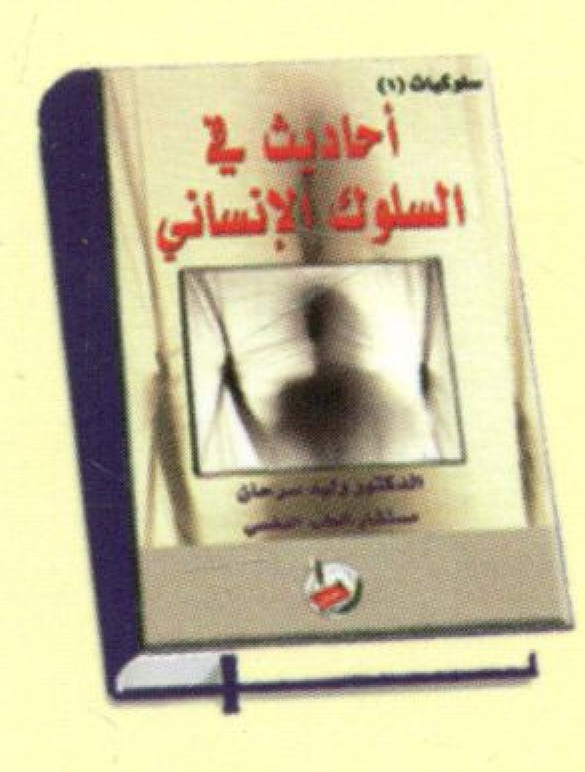
E-mail.sarhan@nets.com.jo





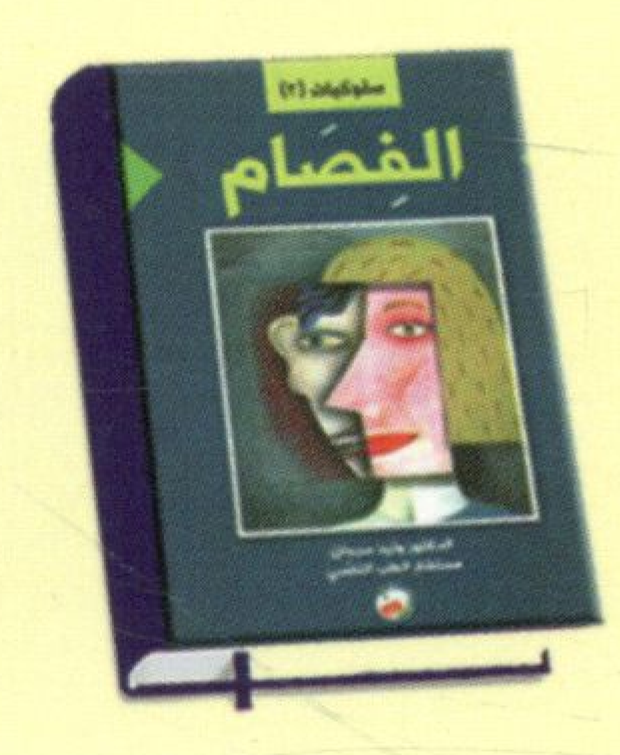














Design By Majdalawi



9789957025427

دار مجدلاوي للنشر والتوزيع

تليفاكس : ٥٣٤٩٤٩٧ - ٥٣٤٩٤٩٩

ص.ب : ١٧٥٨ الرمز ١١٩٤١

عمان - الاردن

Dar Majdalawi Pub.& Dis

Telefax : 5349497 - 5349499

P.O.Box : 1758 Code 11941

Amman - Jordan

www.majdalawibooks.com

E-mail:customer@majdalawibooks.com